

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON I
— MÉDECINE —
U.E.R. LYON-NORD

Année 1980 N° 68

LE GROUPE DE DISCUSSION DE CAS
EXPERIENCE AVEC LES SOIGNANTS DE
L'HOPITAL GENERAL

THESE

présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD — LYON
et soutenue publiquement le 27 février 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CHRISTIAN REY

né le 10 juillet 1949

à LYON (3°)

29

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON I
— MÉDECINE —
U.E.R. LYON-NORD

Année 1980 N°

LE GROUPE DE DISCUSSION DE CAS
EXPERIENCE AVEC LES SOIGNANTS DE
L'HOPITAL GENERAL

THESE

présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD — LYON
et soutenue publiquement le 27 février 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CHRISTIAN REY

né le 10 juillet 1949
à LYON (3°)

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
ANN ARBOR, MICHIGAN
48106-1500

1980

LE THOUPEL DE DISCUSSION DE LA
EXPERIENCE AVEC LES SOUVENIRS DE
L'HOPITAL GENERAL

1980



THESE

1980

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
ANN ARBOR, MICHIGAN
48106-1500

1980

CHRISTIAN REY

1980

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE LYON-NORD

8, avenue Rockefeller

69373 LYON CEDEX 2

TABLEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE :

Professeur D. GERMAIN

PREMIER VICE-PRESIDENT :

Professeur S. ELBAZ

DEUXIEME VICE-PRESIDENT :

M.B. ROUSSET

TROISIEME VICE-PRESIDENT :

M. BRULA

=====

SECRETAIRE GENERAL :

M. RAMBAUD

=====

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE Grange-Blanche : Directeur : Professeur SALLE
Alexis Carrel : Directeur : Professeur MORNEX
Sud-Ouest : Directeur : Professeur NORMAND
Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT (M.C.A.)
Directeur Honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE :

Directeur : Professeur REVILLARD J.P.

TECHNIQUES DE READAPTATION :

Directeur : Docteur MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES :

Directeur : Professeur BIZOLLON C.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES :

Directeur : Professeur VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Président du Conseil de l'U.E.R. : Professeur R. GUILLET

Directeur : M. MILLON A.

MATHEMATIQUES :

Directeur : Professeur Ph. PICARD

PHYSIQUE :

Directeur : Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE :

Directeur : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE :

Directeur : Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES :

Directeur : Professeur WORDE J.F.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 :

Directeur : M. VILLE A. (M.C.A.)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 :

Directeur : M. GALLET J.

Directeur : E.N.S.A.M.

OBSERVATOIRE :

Directeur : M. MONNET Guy

PHYSIQUE NUCLEAIRE :

Directeur : Professeur GUSAKOW

MECANIQUE :

Directeur : Mlle COMTE BELLOT

=====

COMPOSITION DU JURY

+++++

PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

ASSESSEURS

Monsieur le Docteur SPAY, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur VEDRINNE, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur J. HOCHMANN, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur A. BEETSCHEN

A celles et ceux qui formèrent et qui forment mon groupe familial.

A Simone.

Aux amis.

A Monsieur le Docteur André ARTHUS dont la rencontre au cours de l'adolescence fut déterminante pour mon choix professionnel actuel.

A Mademoiselle et Messieurs les Docteurs Nelly REBATEL, Jacques HOCHMANN et Marcel SASSOLAS qui m'ont aidé à travers leur engagement personnel à prendre d'emblée contact avec une psychiatrie qu'ils veulent résolument désaliénante.

Aux équipes de l'Hôpital Lucien Hussel et tout particulièrement à celles des services de Med. D et Med. A ; ce travail est pour beaucoup tout autant le leur que le mien.

A Monsieur le Docteur André BEETSCHEN pour ses conseils à la fois critiques et sympathiques.

A Monsieur le Professeur J. GUYOTAT ; je le remercie pour la qualité de son accueil et l'acceptation qu'il a faite de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur SPAY, après ces deux années de collaboration à l'hôpital général et à Monsieur le Docteur J. VEDRINNE ; je les remercie d'avoir eux aussi accepté avec bienveillance de juger ce travail.

A ceux et celles qui ont bien voulu me faire partager quelque chose de leur pratique et de leur savoir dans leur service, leur groupe clinique ou leur séminaire théorique.

Mes remerciements vont aussi à M. C. KOZLUK et M. PORCHER pour la patience et la compétence avec lesquelles elles ont assuré le travail de secrétariat de cette thèse.

P L A N

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

AVANT-PROPOS P. 5

INTRODUCTION P. 7

1°/ - LE CONTRAT MEDICAL P. 8

- l'"ordre médical"

- l'"ordre narcissique"

- leur fonction défensive

- la proposition de soin

. objet

. source : le désir de soigner, de guérir

- composante narcissique

- séquence culpabilité-réparation

- les organisateurs institutionnels

2°/ - LA CRISE (rupture de contrat) P. 14

- le surgissement d'une parole singulière

- nécessité d'une élaboration

- la relation psychiatre-équipe hospitalière

les difficultés - la "responsabilité" réci-
proque.

3°/ - UN ESPACE D'ELABORATION ET DE REAMENAGEMENT

DEFENSIF P. 21

Naissance dans les aléas d'un double mouve-
ment identificatoire : le groupe de discus-
sion de cas comme l'un des possibles

CHAPITRE I

HISTORIQUE - PRÉSENTATION - FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

DU GROUPE DE DISCUSSION DE CAS P. 24

DÉFINITION P. 25

I - HISTORIQUE P. 25

II - DESCRIPTION - FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL P. 37

A - LE "GROUPE BALINT" CLASSIQUE P. 37

B - AUTRES MODALITÉS P. 39

1°/ - En fonction de la fréquence (p. 39)

2°/ - En fonction d'une éventuelle orientation
du contenu (p. 40)

3°/ - En fonction du nombre de participants (p. 41)

4°/ - En fonction de l'origine professionnelle
des participants (p. 41)

5°/ - En fonction du cadre (p. 44)

6°/ - En association avec d'autres techniques (p. 46)

CHAPITRE II

LA TECHNIQUE DU GROUPE DE DISCUSSION DE CAS - LE RÔLE DE
L'ANIMATEUR P. 48

PRÉAMBULE P. 49

A - ÉTUDE GÉNÉRALE DU RÔLE DE L'ANIMATEUR P. 53

B - LE PROBLEME DE L'INTERPRETATION	P. 56
I - LES VUES DE M. BALINT	P. 57
1°/ - La relation médecin-patient (p. 58)	
2°/ - La relation médecin-animateur (p. 60)	
3°/ - La relation médecin-groupe (p. 62)	
II - L'INTERPRETATION DE L'"ICI" DU GROUPE	P. 65
a) - Les "instruments" d'une éventuelle inter- prétation	P. 65
1°/ - Les règles opérationnelles (p. 65)	
2°/ - Le garant symbolique (p. 67)	
b) - Différents modèles théoriques	P. 71
1°/ - Non interprétation (p. 72)	
2°/ - Interprétation à distance et sous forme secondarisée (p. 74)	
3°/ - Interprétation rare, dite de "dé- blocage" du processus évolutif (p.78)	
4°/ - Interprétation systématisée (p. 80)	

CHAPITRE III

PRÉSENTATION DE DEUX EXPÉRIENCES DE GROUPE DE DISCUSSION

DE CAS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL	P. 86
A - CADRE HISTORIQUE LOCAL	P. 90
B - CADRE INSTITUTIONNEL ET RELATIONNEL GÉNÉRAL	P. 90

I - L'HOPITAL LUCIEN HUSSEL	P. 90
a) - Cadre matériel (p. 91)	
b) - Cadre relationnel (p. 92)	
II - ACTIVITE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE DANS LES SERVICES NON PSYCHIATRI- QUES	P. 93
a) - Activité spécifique (p. 93)	
b) - Activité de consultation (p. 94)	
c) - Activité médiate (p. 97)	
C - <i>LES EXPERIENCES PROPREMENT DITES</i>	P. 98
. Avertissement préalable (p. 98)	
. Préambule (p. 99)	
I - LE GROUPE DE MED. D	P. 101
a) - Naissance - Motivations (p. 101)	
b) - Chronique (p. 110)	
II - EXPERIENCE DE MED. A	P. 136
a) - Naissance - Motivations (p. 136)	
b) - Chronique (p. 140)	
D - <i>EVALUATION</i>	P. 195
E - <i>QUELQUES POINTS PARTICULIERS</i>	P. 200
I - L'ANALYSE CONTRE-TRANSFERENTIELLE - LA COANIMATION	P. 200
II - LA DUREE DU GROUPE	P. 204
III - LA PRESENCE EVENTUELLE DU CHEF DE SERVICE ET DE LA SURVEILLANTE.....	P. 206
IV - LE GROUPE DE DISCUSSION DE CAS EN ASSOCIATION, A L'HOPITAL GENERAL	P. 207
V - LA CRITIQUE DU "BALINT"	P. 208
CONCLUSIONS	P. 212
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	P. 216

AVANT - P R O P O S

Le vocabulaire technique utilisé dans les lignes qui vont suivre est celui de la psychanalyse; il ne manquera pas d'apparaître souvent tel un "*langage étranger*" pour celui ou celle dont l'activité professionnelle n'incite pas à son maniement.

Il était toutefois difficile d'en négliger l'apport pour ce qui, à l'intérieur du texte, se voudrait être un essai d'élaboration théorique de situations cliniques.

Il n'est toutefois pas inutile de rappeler ici que les termes dans lesquels pourront être décrites l'activité soignante et la vie des groupes n'impliquent ni connotation pathologique ni connotation morale.

----oo0oo----

Au long du texte seront désignés par :

- "équipe soignante" ou "soignants" : le groupe agents du service hospitalier (A.S.H.), plus habituellement appelés "*dames de service*" ou "*servants*", aide-soignant(e)s (A.S.), infirmier(e)s, infirmier(e)-surveillant(e).
Leur rôle implique une activité de soin directe.
- "équipe médicale" : le groupe externes, stagiaires-internés, internes, médecins-adjoints ou attachés, médecin-chef de ser-

vice, dont le rôle implique une activité de soin souvent plus médiatisée.

- "équipe hospitalière" : l'ensemble de ces deux groupes auquel s'ajoute celui des différents intervenants d'implication moins systématique (assistante sociale, diététicienne...)

-----oo0oo-----

Les numéros en regard des citations d'auteurs renvoient à l'index bibliographique situé à la fin du texte.

-----oo0oo-----

J. CLAVREUL (49), dans la tradition de pensée lacanienne, a montré comment la médecine à travers son discours s'est constituée en un ordre : *"l'Ordre médical"* ; processus dont la conséquence première peut se formuler comme suit : *"En constituant ce qui fait son objet (la maladie) comme sujet de son discours, la médecine efface la position de l'énonciateur du discours qui est celle du malade lui-même dans l'énoncé de la souffrance, et celle du médecin dans la reprise de cet énoncé dans le discours médical."*

Autrement dit *"la compagnie d'investissement mutuel"* dont parle M. BALINT (17) se construit tout ou partie (et cette nuance est de poids) sur le mode de la relation d'objet partiel ; ceci est particulièrement vrai en milieu hospitalier où le *"colloque singulier"*, par ailleurs limité dans le temps, devient vite *"pluriel"*.

Les mécanismes de clivage qui sous-tendent cette relation d'objet partiel renvoient à la dualité corps biologique-corps érogène vécue dans le registre de la séparation et pour certains de l'incompatibilité, à l'image de la coupure épistémologique médecine-psychanalyse.

C'est en effet en rupture avec la méthode anatomo-clinique dont les bases conceptuelles et sémantiques ont été décrites par M. FOUCAULT (72), que s'est constitué le mouvement psychanalytique ; le souci présent dans les premiers textes freudiens, tel par exemple l'*"Esquisse d'une psychologie scientifique"*, de préciser le substrat biologique et anatomique des concepts métapsychologiques naissants n'est pas antinomique d'une telle distanciation. Et c'est bien à deux modèles différents, à priori, auxquels se réfèrent *"somaticien"* et psychiatre ou psychologue de formation analytique lorsqu'ils sont mis en présence à l'hôpital général, comme le dit P. DUBOR (64) *"l'un étant, par définition, délibérément scientifique et rationnel à un niveau d'intervention réelle, l'autre étant, au contraire, au niveau de la constitution du sens, apparaissant dans une fantasmagorie d'intuitions, de désirs, d'images et de symboles."*

A propos de l'investissement mutuel partiel A. BEETSCHEN (23) note, toutefois, qu'il repose en général sur un contrat tacite dont l'acceptation mutuelle *"permet que les séparations, les deuils soient moins douloureux, que la régression soit tolérée puisque tenue dans les limites temporelles et relationnelles étroites, que les rivalités entre soignants quant à la possession des malades ne prennent pas un tour trop violent..."*

Il exprime là le caractère défensif positif des clauses du contrat et il n'est pas inutile d'avoir à l'esprit d'une part que tout mécanisme de défense a ou a eu une fonction structurante et que, d'autre part, toute tentative de réaménagement défensif d'un système ne peut se concevoir sans risque qu'à travers un travail élaboratif lent, progressif et quelque part désiré, sur la structure qui le conditionne; ce qui vaut là au plan individuel vaut aussi au plan institutionnel.

J. GUYOTAT (97) a précisé à la fois la dynamique et l'économie de ce contrat en insistant sur la relation ordre narcissique-pratique médicale, prévalente là encore en pratique hospitalière :

"Plus la médecine devient biologique, plus le médecin fait appel à l'ordre narcissique ; cela simplement parce que l'ordre biologique conduit à la mort, mort dont la représentation structure tout un pan de la pratique médicale ... Nous partons aussi de cette constatation évidente que ce qui est en jeu dans ce qu'on appelle la relation médecin-malade, c'est d'abord la rencontre de deux narcissismes, et ce , à l'intérieur d'un système de représentations sociales, l'institution (en fait le seul vrai système de relation) qui semble avoir pour effet de régulariser les échanges narcissiques entre soignant et soigné... On s'aperçoit donc que tout ce qui constitue la différence (et le conflit) est éliminé de cette relation que nous qualifions de relation d'objet narcissique."

L'aspect défensif de cette autre qualité de la relation d'objet apparaît bien dans la phrase qui suit : *"Mais il y a en même temps production à l'extérieur de ce couple narcissique, d'un objet narcissique négatif en quelque sorte, qui inclut à la fois ce qui est différent et conflictuel dans cette sorte d'idéal négatif que représente la mort."*

A travers l'"*Ordre narcissique*" et le support projectif que représente *"le troisième objet"* le contrat tacite prend l'allure d'un pacte de non-agression.

L'activité médicale s'origine de la rencontre d'une demande de soin et d'une proposition de soin et ne semble donc pouvoir se développer qu'à l'intérieur du contrat dont les clauses viennent d'être énoncées.

Qu'en est-il de cette proposition de soin ?

Nous savons donc déjà qu'elle ne s'adresse en fait qu'à celui qui dans son discours correspond au *"vrai malade"*, *"le vrai malade pour le médecin, étant celui qui est porteur d'une symptomatologie non flottante mais inscrite dans son corps et inscriptible dans le savoir médical"* (J. CLAVREUL, 49).

Une fois défini son objet il semble important d'en préciser la source, que l'on situe habituellement dans un *"désir de soigner"*, radicalisé dans le *"désir de guérir"*.

Certains comme BARIETY (20) cité par CLAVREUL (49) parlent d'un *"instinct de soigner"* : *"le souci inné de soulager et de guérir, autrement dit de soigner, traduit un des aspects de l'instinct de conservation : celui de la préservation fonctionnelle, il est aussi vieux que la maladie..."*

Pour CLAVREUL "rien ne nous permet d'isoler un "instinct de guérir" qui serait naturel... S'il fallait parler d'un "instinct de guérir" il serait plus soutenable de considérer que la nature a conservé les solutions les plus favorables à la conservation de l'espèce, et non les plus favorables à la conservation de l'individu... Je ne peux que souscrire à ce qu'en dit ISRAEL (107) : "Il n'est pas certain que ce désir n'ait subi d'importantes variations au cours des siècles."

M. GRESSOT (94), quant à lui, propose l'analyse de cette "libido sanandi" (J.P. VALABREGA) à travers deux composantes :

- l'une que l'on pourrait appeler "narcissique" qui fait référence aux travaux de J. GUYOTAT (97)
- l'autre qui fait appel à la séquence culpabilité-réparation, on peut la nommer "réparatrice" :

"Le narcissisme du médecin, dit M. GRESSOT, est dès lors un levier plus puissant que son banal et rationnel "désir d'aider".

Quant à ce dernier, il exprime foncièrement une tendance réparatrice liée au besoin d'éponger une culpabilité inconsciente (le malade non guéri est un vivant reproche)."

Pour ce qui est de la première composante il paraît intéressant d'en rapprocher les éléments introductifs d'un texte sur la collaboration médecins-psychanalystes, rédigé par G. GUERIN et G. RAIMBAULT : "La question d'une survie du patient toujours limitée n'est pas le centre du malaise médical qui se situe en fait dans l'inefficacité de sa puissance devant le mal-être de vivre... La faille entre les connaissances concernant le corps biologique, leur enseignement, leur efficacité, d'une part et l'étendue de la prolifération des plaintes, des symptômes, de la souffrance des corps vivants qui ne répondent pas à cette science, sinon en y faisant obstacle, d'autre part, devient éclatante. Cette faille ne peut que se creuser davantage entre la science et le sujet de la souffrance." (96).

On reconnaît là la notion de faille épistémo-somatique développée par J. LACAN (130) et que reprenait J. CLAVREUL (49) et A. ZALOSZYC (190).

A. BEETSCHEN (23) mentionne l'importance de l'investissement narcissique qui est fait sur l'institution, l'érigeant en *"emblème identificatoire"* ; cette remarque peut aider à préciser la dimension institutionnelle de cette première composante du *"désir de guérir"*.

La seconde donc, dans cette hypothèse, s'étaye sur la séquence *"culpabilité-réparation"* ; bien que *"banale"* (suivant les termes de M. GRESSOT) il paraît utile ici de la préciser :

Mélanie KLEIN (127, 128) a décrit l'existence d'un *"processus de réparation"* caractéristique de la *"position dépressive"* nécessaire au dépassement véritable de la *"position schizo-paranoïde"* inaugurale.

H. SEGAL (176) résume ce processus ainsi :

*"Quand le nourrisson entre dans la position dépressive et se voit confronté avec le sentiment d'avoir par sa toute-puissance, détruit sa mère, sa culpabilité et son désespoir de l'avoir perdue éveillent en lui le désir de la restaurer et de la recréer afin de la récupérer aussi bien extérieurement qu'intérieurement. Les mêmes désirs de réparation surgissent par rapport à d'autres objets aimés * extérieurs et intérieurs... Ils sont aussi la base d'activités créatrices * qui ont leur origine dans le désir du nourrisson de reconstituer et recréer son bonheur et ses objets internes perdus, bref l'harmonie de son mode intérieur."*

La fonction soignante prend alors, dans cette perspective, la valeur d'une tentative répétée mais sans être jamais complètement achevée d'une réparation définitivement satisfaisante du corps maternel et du corps propre.

* souligné par nous

On peut alors émettre l'hypothèse que le "*désir de guérir*" dans ses aspects compulsionnels relèverait d'un versant déficitaire sinon "*maniaque*" du processus de réparation alors que le "*désir de soigner*" plus "*tempéré*" bénéficierait d'une composante sublimatoire du même processus.

Il faut, par ailleurs, noter qu'une activité de réparation se retrouve aussi dans la résolution harmonieuse des conflits objectaux inhérents aux phases ultérieures du développement psycho-affectif et tout particulièrement à la phase oedipienne, liée alors aux processus structurants d'identification secondaire. Le choix d'une profession est bien entendu amplement surdéterminé et il n'est que d'évoquer le "*jeu du docteur ou de l'infirmière*" si lié comme l'a montré J.P. VALABREGA (183) à celui "*du papa et de la maman*", pour signifier l'éventualité d'autres déterminants qui ne sont, par exemple, pas sans relation avec le désir oedipien et la transgression.

On ne peut que renvoyer là aux précieux travaux de J. P. VALABREGA (183) et de A. MISSENARD et P. GELLY (154). Il n'en reste pas moins que le "*processus de réparation*" dans ses formes les plus primitives peut constituer le modèle originaire de l'activité soignante.

Pour en revenir au plan institutionnel tel que nous en avons ébauché l'approche quelques lignes plus haut il est possible en s'appuyant d'une part sur les différents travaux mentionnés ci-dessus, d'autre part sur les travaux de D. ANZIEU (11) relatifs à la notion d' "*organisateur institutionnel*", de proposer les hypothèses suivantes :

- un double fantasme individuel de réparation et de transgression, dans ses effets de résonnance interindividuels, serait l'un des "*organiseurs*" de l'institution médicale, hospitalière en particulier.

Il se constituerait ainsi en "*fantasme instituant*" ou "*fantasme originaire*" dans le sens où l'évoque A. BEETSCHEN avec une "*coloration*" particulière en fonction d'une éventuelle pratique spécialisée.

- Une image maternelle à la fois "*bonne*" mais "*omnipotente et omnisciente*" serait le second organisateur institutionnel. L'omnipotence se pose là en référence de ce qu'il en est d'un "*pouvoir médical*".

Les fantasmes originaires (selon FREUD, PONTALIS...) sont probablement présents en tant qu'organismes mais moins facilement repérables. A ce stade de la réflexion il paraît important de définir l'effet dans la relation de soin et dans le cadre institutionnel d'une "parole" que l'on appellera "singulière" (A. BEETSCHEN, 23) ou "*déviante*" (M.J. COLLAUDIN, 50) et dont l'énoncé ne peut être décrypté à travers la grille sémiologique du "*discours médical*" tel qu'il a été défini par CLAVREUL, "*parole*" verbale ou agie en rupture de "*contrat*", "*parole*" formulée tout de même en demande de soin et donc parole "*liante*" (P. FEDIDA, 69, 70).

Cette parole là sera vécue comme potentiellement dangereuse (A. BEETSCHEN) et potentiellement désorganisatrice.

"Et que constate-t-on justement dans l'institution hospitalière ? Une sorte d'affolement "*dès que ça parle...*" du moins hors du cadre ou du contrat initial." (23)

Dangereuse et désorganisatrice elle l'est en ce que d'une part elle occasionne une levée plus ou moins brutale du refoulement, par exemple en tant qu'il portait sur les pulsions agressives sous-tendant le "*fantasme de réparation*", laissant le champ, si d'autres mécanismes défensifs tel le déni ne se mettent en place, aux sentiments de culpabilité et à l'anxiété ; ceci est évidemment d'autant plus accentué que la réparation était vécue sur le mode maniaque.

Elle l'est aussi d'autre part en ce que l'échec et l'impuissance qu'elle signifie peuvent atteindre et l'image "de marque" de l'institution et le narcissisme des soignants (surtout des "leaders réels", les médecins).

L'hystérique, l'hypochondriaque, le psychotique (la parturiente présentant une psychose puerpérale par exemple : cf. A. BEETSCHEN 22), le suicidant, le mourant mais aussi l'étranger, le "cas social"... fonctionnent comme analyseurs naturels et spontanés (au sens de LOURAU (140) et LAPASSADE (131, 132, 133) ; cf. GUYOTAT (98)) de l'institution hôpital général.

Pour ce qui a pris l'allure d'une crise "le cadre institutionnel peut parfois s'avérer incapable d'assurer sa fonction contenante (au sens de BION) et c'est alors qu'il est demandé au psychiatre d'intervenir. Cette demande n'est à son tour possible, formulable, que dans la mesure où l'institution assume une certaine dépression, un manque à être institution idéale qui puisse tout contenir" (A. BEETSCHEN, 23).

Ceci demande donc un minimum de souplesse dans l'aménagement défensif institutionnel et individuel, excluant en particulier l'utilisation systématique et massive des mécanismes les plus "archaïques" (identification projective...).

On ne sera donc pas étonné sur les lieux de contater "que la demande faite au psychiatre vise à ce qu'il détruise, sépare ou prenne dans le malade, avant qu'il ne soit restitué à l'institution, la parole de désir, de doute, de vie et de mort qui appelle le médecin non plus dans son rôle mais dans sa dimension de sujet" (A. BEETSCHEN, 23).

Et le "Malheur à celui par qui le scandale arrive. Le déviant c'est le Mal" que cite J. HOCHMANN (105) ou la phrase de J. CLAVREUL (49) "Il s'agit d'exclure l'autre quand le spectacle de son altérité met en question la normalité dont chacun est porteur", ne manquent pas d'être d'emblée questionnant non seulement pour la dynamique qui les sous-tend mais aussi pour notre désir.

Il y aurait, en effet, bien place là pour une psychiatrie qui se voudrait non seulement rassurante mais surtout *"à la recherche d'identifications "respectables", cultivant "le jardin des espèces" en voie de desséchement dans la médecine somatique"* (J. HOCHMANN, 105). Qu'elle soit rassurante n'est pas le problème car on n'intervient pas à l'hôpital général, dans un contexte de crise, sans apporter à l'institution quelque chose de la réassurance et de la réparation et c'est bien un premier temps à la fois indispensable et justifié comme le souligne A. BEETSCHEN (23).

Il ne serait d'ailleurs pas inintéressant d'appliquer à ce champs d'étude la notion freudienne de *"pare-excitation"*, en particulier telle que BION l'a formulée quand il parle de fonction alpha dans sa dimension à la fois filtrante et maturative ; ce n'est toutefois peut être pas le lieu de le développer ici.

Ce que cette psychiatrie là occulterait serait par contre non seulement la dimension du sens de la parole *"singulière"*, de la demande institutionnelle et de leur dialectique (il n'y aurait pas là moindre préjudice) mais encore, l'un excluant l'autre, la *"dimension élaborative"* telle que l'a décrit A. BEETSCHEN (23), en germe dans ce qu'il y a de dépression et d'anxiété motivantes pour l'institution.

M. BOURRAS (44) s'interroge aussi dans ce sens : *"le médecin demandant ne voudrait-il donc pas en savoir plus sur quelque chose qui le concerne lui comme être parlant et désirant ? Ne cherche-t-il pas à éclairer mieux sa question, à se débrouiller mieux avec son désir ?"*

N'y aurait-il que la curiosité comme moteur potentiel, souvent présent, pour développer cette dimension d'élaboration, il reviendrait à nous de la prendre en considération : *"la curiosité sublimée en goût de la connaissance constitue l'une des meilleures de nos motivations"* (P.C. RACAMIER 160). Il faut un certain temps de collaboration pour espérer observer les effets institutionnels de l'action psychothérapique dans cette dimension : celle-ci, quand elle peut se développer, le fait len-

tement et sa croissance est à l'image des aléas de la relation du psychiatre ou psychologue avec l'équipe soignante et médicale.

"De la phrase initiale de coopération où institution et psychiatre tentent de définir leur place mutuelle... à une coexistence où chacun reconnaît en l'autre différence et complémentarité " (A. BEETSCHEN, 23) la route est longue et non sans embûche. Cette phase initiale, le *"temps des fantasmes"* selon M. J. COLLAUDIN (50), M.J. COLLAUDIN et J. VEDRINNE (51), peut parfois durer sous la forme d'un *"malentendu chronique"* (M. SAPIR, cité par J. GUYOTAT et coll., 101) ; elle nous semble éclairée, comme le propose D. ANZIEU (8), par la notion de *"sein-toilettes"* développée par D. MELTZER (148) :

"j'ai tenté plus haut de montrer clairement que le problème de base est celui de la souffrance psychique et du besoin d'un objet dans le monde extérieur qui puisse contenir la projection de cette souffrance, ce qu'en un mot j'ai appelé le "sein-toilettes". Je veux signifier par ce terme à la fois la nature partielle de la relation d'objet et sa qualité d'objet valorisé et considéré comme nécessaire mais non aimé."

D. ANZIEU (8) après avoir souligné l'intérêt de ce rapprochement ajoute : *"A partir du moment où deux corps professionnels ont investi un objet, l'ont choisi pour des raisons d'exclusion de l'autre objet et qu'ils se retrouvent ensemble, il y a forcément une incompatibilité extraordinaire et qui ne se situe pas au niveau des processus secondaires, au niveau des théories scientifiques ou des idées, où tout cela pourrait se discuter, mais au niveau des processus primaires. C'est tout le choix de l'objet inconscient qui est là en jeu."*

Cette réflexion a d'abord le mérite de mettre l'accent sur un certain partage des *"responsabilités"* dans les difficultés de collaboration entre psychiatre ou psychologues et somaticien. Il est là signifié, semble-t-il, que, malgré l'importance de la coupure épistémologique médecine-psychanalyse évoquée plus haut, tout ne s'y résume pas.

C. et P. GEISSMANN (87) avaient déjà désigné l'Inconscient comme premier suspect ; on pourrait ajouter, en suivant l'idée de D. ANZIEU, non seulement en certaines de ses expressions chez le médecin ou le soignant (ce sont bien celles-ci que la critique de l'*Ordre Médical* signatise) mais aussi en certaines de ses expressions chez le psychiatre dont la formation analytique, quand c'est le cas, ne le met pas toujours à l'abri.

C'est dans ce sens qu'il faut entendre la phrase d'A. BEETSCHEN (23) : *"L'expérience montre justement que cette écoute peut être barrée par les résistances phobiques ou autres que suscitent, chez le psychiatre ou le psychologue, la mort, la naissance et surtout la souffrance physique ou la dégradation corporelle"* ; de même que les propos de S. LEBOVICI (135) : *"La place du psychanalyste dans les services médicaux reste difficile à trouver, car il risque de prêter à deux ordres de critiques, soit qu'il reste isolé, soit qu'il perde son identité à vouloir conquérir une place difficile par les tentatives de séduction auxquelles il se livre."*

Dans le premier cas, isolé par son langage hermétique, se bornant à ne voir que quelques malades à la guérison desquels il prétend ne pas spécialement s'intéresser, il est rapidement rejeté par l'ensemble des membres de l'équipe médicale dont il refuse d'être compris."

L'autre exemple est celui des psychanalystes qui veulent absolument se mettre à la portée de l'équipe médicale, sans tenter de maintenir la spécificité des conceptions psychanalytiques."

Frappée par les interprétations sauvages dont cet analyste est friand, l'équipe médicale l'imité et perd ses fonctions soignantes pour se confiner dans une approche relationnelle non responsable que R. DIATKINE a stigmatisé sous le nom de "psychanalysette" technique marquée par la dilution du sens de l'action psychothérapique médicale."

G. RAIMBAULT et G. GUERIN (96) ont décrit ainsi un certain nombre de "pièges", dans le sens d'attitudes à éviter (attitudes qui peuvent prendre parfois la valeur et le sens d'agis contretransférentiels nuisibles) ; nous citerons abondamment ce texte important :

"Il convient d'éviter un certain nombre de pièges :

- en premier lieu l'analyse sauvage (cf. précédemment), c'est à dire l'interprétation -vraie ou fausse- de la conduite, du comportement du médecin, fondée sur un savoir psychologique largement discutable et intervenant sans le moindre respect des convictions du médecin et de l'image qu'il a de lui-même. Ce type d'intervention a des effets bloquants et persécuteurs pour le médecin (et nous ajouterons pour tout soignant).
- Les conseils d'aménagement de la praxis médicale risquent de leur côté de ne pas laisser la possibilité d'en élaborer les soubassements...
- Autre piège : l'enseignement en cathédra... Ce chemin de la plus grande dépendance apporte au médecin un savoir "psy" qu'il intègre au même titre qu'un savoir anatomique ou biologique, à cette différence près qu'en ce domaine, le savoir colmate, prend la place de ce qu'eux-mêmes et leurs patients avaient à faire entendre...
- Que l'analyste se propose comme modèle aux médecins est une autre difficulté à éviter, non la moindre. Car on passe sans heurt à une norme avec tout ce qui s'engouffre là comme nécessité de s'y conformer...
- Que l'analyste n'entende pas est un autre risque. Il parle d'autant plus qu'il n'entend rien...
- Si l'analyste entend et répond ~~pour~~ son propre discours aux fantasmes des médecins, il oppose ou propose ses propres fantasmes concernant patients, médecins, symptômes et médecine. Il plaque sa propre vérité mais ce qu'il dit est reçu comme venant de celui qui en sait plus, ce qui donne à ses paroles un poids qui transforme ses fantasmes personnels en savoir vrai...

- Un dernier risque enfin est celui d'établir une relation de dépendance du médecin, non plus avec la personne de l'analyste mais avec les références de pensée qu'elle représente. Eviter cette dépendance suppose que le médecin ait métabolisé ces références de pensée à travers un long travail d'élaboration."

A. BEETSCHEN (23) note l'importance des fantasmes de "toute puissance imaginaire" projetés sur la personne du psychiatre, en particulier dans les premiers temps de la collaboration et surtout il insiste sur le risque qu'il y a à ce qu'il veuille occuper réellement la place imaginaire qu'on lui attribue "ce qui le conduit alors à un déni de ses limites de son manque..." aboutissant à travers certains des "pièges" évoqués plus haut, à une véritable iatrogenèse qui n'est plus celle qu'ISRAEL (107, 108, 109) a dénoncé.

Si "dès lors il est d'évidence, comme l'a bien montré GEISMANN que l'institution développe vis à vis de lui (le psychiatre) des attitudes qui ne doivent pas s'interpréter en termes de rejet mais qui signent plutôt des mécanismes de défense à l'oeuvre contre les représentations inconscientes" en tant qu'"il demeure, dans l'institution, un représentant de l'inconscient, du refoulé" (A. BEETSCHEN, 23) -et cette proposition paraît pleinement justifiée par l'expérience- il n'en reste pas moins qu'un "travail d'analyse... sur son mode de présence dans l'institution, sur le niveau d'identification narcissique -de croyance, d'idéal- ou il se sent impliqué" (23) apparaît régulièrement nécessaire.

Il est certain que ce travail ne peut véritablement se faire qu'au sein d'une équipe d'appartenance.

Il nous semble par ailleurs que la réflexion que nous propose D. ANZIEU (cf. plus haut) met particulièrement en relief l'importance pour le psychiatre, dans sa collaboration avec les équipes de l'hôpital général, d'une possible reconnaissance en lui-même de la "coexistence d'objets identificatoires différenciés et non exclusifs les uns des autres" (A. BEETSCHEN, 23).

Cette constatation n'exclue absolument pas le psychologue de l'hôpital général (n'y aurait-il que des témoignages comme ceux de N. ALBY (3) ou Gh. BIDJEKIAN (40) pour s'en convaincre) même si, à priori, cette reconnaissance ne pourrait sembler "*pensable*" que pour le psychiatre qui a d'abord été médecin avant de le devenir ; en fait si la formation médicale peut parfois favoriser la collaboration (facilitation initiale dans le mouvement identificatoire) l'essentiel est bien dans la qualité de la place que peut occuper l'autre en soi.

Le "*semblant*" ne pourrait pas leurrer longtemps car ce n'est souvent pas à travers les mots que l'interlocuteur perçoit la réalité de l'estime que l'on a pour son activité personnelle et là encore s'actualise l'aphorisme de S. NACHT : "*Plus que ce que l'on dit et même que l'on fait, compte ce que l'on est*".

C'est à cette condition seulement que l'on pourra espérer voir "*se créer autour du psychiatre un nouveau pôle identificatoire*" (A. BEETSCHEN, 23) représentant d'une certaine "*écoute*" dans les termes où la présente S. LEOVICI (135), P. DUBOR (64) ou P. FEDIDA (70).

A. MISSENARD et P. GELLY (154), A. MISSENARD (152) ont particulièrement bien décrit le rôle de l'identification dans la formation de la personnalité professionnelle : "*à partir de ce trait commun que constitue le même objet d'amour, c'est un processus d'identification qui se développe entre le formateur et le formé, processus dont la fonction comprend donc un double aspect : favoriser à l'élève l'approche de l'objet de son désir et l'aider à dépasser les angoisses que cette approche comporte*" (152).

Permettre une identification à un pôle d'écoute signifie donc prendre en considération les deux aspects précités du processus.

Autrement dit ceci signe la nécessité d'un "*espace*" à l'intérieur duquel un certain réaménagement défensif, à la fois collectif et individuel pourrait se faire sans danger permettant une élaboration d'une

part d'une possibilité de réponse plus adéquate à une parole singulière, mais aussi d'autre part de la dimension psychologique du soin somatique.

L'existence naissante de ce deuxième pôle identificatoire chez le soignant n'ira probablement pas sans une remise en cause de certains des aspects de la pratique qui se rattache au premier ; l'important pourrait être là encore de *"ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain"* ; toutefois ce sentiment ne fait que signer la disposition propre de celui qui l'énonce, il n'a pas à être utilisé idéologiquement.

Cet espace d'élaboration est évoqué ici de façon bien idéale quant à son but et quant à ses résultats éventuels, plutôt comme objet d'un désir qui ne saurait être, à lui seul, instituant.

Pourtant favorisé d'abord par les échanges informels, il peut naître en marge d'une demande d'information (cours, colloques...) puis se spécifier sous la forme d'une demande de formation parfois signifiée dans l'acceptation de l'offre qui lui en est faite.

Une telle demande signe l'existence d'un mal être, au moins professionnel, dont nous avons jusqu'à maintenant décrit les origines dans un mouvement identificatoire à ce que l'on pourrait désigner comme le pôle soignant.

L'identification est en fait double se référant aussi, comme le mentionne P. FEDIDA (69, 70), à un pôle soigné, ce qui n'est souvent pas sans poser problème ; nous reviendrons bien sûr, sur ce point important.

On ne sera donc pas étonné de constater que, bien souvent, à l'hôpital général, la demande de formation émane de ceux dont le rôle professionnel peut le moins s'accomoder de l'utilisation de mécanismes d'évitement : les soignants. L'intensité de la régression en situation de formation ne peut être que limitée quand elle se vit au sein même de l'institution et donc limitante quant à l'importance d'un éventuel rema-

niement défensif ; telle technique ou cadre de formation par ailleurs très fécond au dehors ne sera peut être pas toujours applicable au dedans. Le groupe de discussion de cas, tel que l'a utilisé M. BALINT, c'est à dire d'abord comme lieu d'étude et d'échange sur les *"implications psychologiques dans la pratique médicale"* pourrait bien être l'un des cadres propices à un certain développement de la dimension *"élaboratrice"* dont il a été fait mention plus haut. J. GUYOTAT (99) a montré le caractère central de cette technique en tant que lieu de transition entre information et formation; c'est bien dans cet esprit que nous avons tenté de l'utiliser dans les expériences hospitalières relatées plus loin.

Après avoir exposé quelques éléments historiques et théoriques qui la concerne d'une manière générale nous utiliserons ce qui n'est d'abord qu'un témoignage pour développer chemin faisant quelques points de réflexion plus ou moins spécifiques au domaine d'application concerné.

-----0000000-----

CHAPITRE I

+++++

HISTORIQUE - PRESENTATION

FONCTIONNEMENT GENERAL DU GROUPE DE DISCUSSION

DE CAS

"La méthode des cas est articulée sur le groupe de discussion, c'est à dire sur une organisation visant spécifiquement une modification de ses membres, non seulement par un échange d'informations, mais surtout à travers l'élaboration commune d'un vécu émotionnel. C'est en fait la perspective dynamique à laquelle il faut s'arrêter, puisqu'aussi bien elle sous-tend la compréhension de l'efficacité de la discussion de cas dans l'acquisition du "métier relationnel". BALINT à propos des médecins l'a remarquablement compris et mis en pratique." M. MATHIEU (146)

On dit que le groupe de discussion de cas est "allocentré" dans le sens où l'objet principal de son étude n'est pas le groupe lui-même ni les individus qui le constituent.

I - HISTORIQUE

Il s'agira surtout ici de repérer les grands courants théoriques qui peuvent sous-tendre la pratique.

. C'est en fait dans le domaine de la gestion des affaires qu'est née la "méthode des cas" :

"En Septembre 1908, dans les caves de la Faculté de Droit de HARVARD commença la première année scolaire de la "Graduate School of Business Administration"...Immédiatement commencèrent les premiers tâtonnements qui aboutiront au succès de la méthode et à son usage généralisé dans le monde." D. BOUCHARLAT (43).

Dans ce contexte C.I. CRAGG (57), cité par D. BOUCHARLAT, définit "le cas" comme "l'énoncé d'un problème d'affaires qui s'est réellement présenté à des dirigeants. S'y ajoutent les faits qui l'environnent, les opinions et les préjugés sur lesquels la décision des dirigeants devait s'appuyer."

Le postulat de la méthode s'enonce dès lors ainsi :

"La science de l'administration des affaires ne repose que partiellement sur les connaissances des dirigeants, l'étude de leurs fonctions ou des problèmes qu'il ont à résoudre, elle repose essentiellement sur les processus mentaux des dirigeants leur permettant de prendre des décisions." (43)

Son introduction en France, notamment au Centre de Perfectionnement dans l'Administration des Affaires, remonte à 1930.

C'est ainsi que "le groupe de discussion de cas, qui relève historiquement de ce qu'il est convenu d'appeler, en pédagogie, les méthodes actives, s'est d'abord développé dans une direction psycho-sociologique." M. MATHIEU (146).

- Le courant psycho-sociologique naissait lui aussi aux Etats-Unis, autour des années 30, avec le projet d'une étude scientifique des processus de groupe et la création du concept de "dynamique de groupe" revient à Kurt LEWIN

Comme le fait remarquer D. ANZIEU (5) ce n'est pas un hasard s'il fut inventé en pleine guerre mondiale : *"Pour la démocratie américaine engagée dans la guerre il s'agissait de comprendre comment un phénomène tel que le fascisme ou le nazisme avait été psychologiquement possible et comment on pouvait en prévenir le retour... dès la fin de la guerre le "petit groupe" s'est trouvé fortement valorisé dans la recherche fondamentale et appliquée, aux Etats-Unis d'abord, dans les pays occidentaux ensuite."*

C'est à l'intérieur de ce courant que se sont d'abord développées les méthodes de formation par le groupe (groupes de discussion sans thème, étude de cas, jeux d'entreprises...)

"Le groupe primaire ou restreint auquel s'est intéressé LEWIN possède les caractéristiques suivantes : le nombre restreint de ses membres (de 3-4 à 12-15) permet à chacun d'avoir une perception différenciée de chacun des autres, des relations d'affinité (sympathie,

antipathie, indifférence) s'établissent entre les membres ; la division des tâches au sein du groupe, et la fréquence de ses réunions découle de l'adhésion à des buts communs ; ce groupe constitue une microculture possédant ses croyances, ses signaux, son langage et ses traditions propres ; le groupe conserve, dans l'esprit de chacun des membres, une existence morale indépendante de la présence physique des membres.

L'énergie du groupe est au service de deux fonctions : l'une travaillant à sa conservation, l'autre à sa progression vers les buts."
D. ANZIEU (5)

Au nom de K. LEWIN reste attaché le célèbre "séminaire de Bethel" auquel toutefois sa mort lui empêchera de participer.

Dans le début des années 60 Carl ROGERS développait ses propres théories et fondait le *Western Behavioral Sciences Institute* ; Max PAGES représente l'un des disciples français les plus connus de ce courant.

- . Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que Michael BALINT, psychanalyste hongrois émigré à Londres au moment des persécutions hitlériennes, va définir avec sa femme Enid les caractéristiques d'une méthode de formation psychologique centrée sur le groupe de discussion de cas, à laquelle là encore son nom restera attaché.

Comme le rappelle M. SAPIR (166), c'est en fait dès la période où paraissent les travaux de GRODDECK et de FERENCZI, c'est à dire un peu après 1920, qu'allaient se dessiner "deux voies de recherche, l'une qui aboutirait à la psychosomatique telle que l'ont définie plus tard DUNBAR, ALEXANDER, SEGUIN et d'autres, et celle qui déboucherait sur les travaux de BALINT et de ses élèves."

J. M. ALBY, M. SAPIR, N. ALBY; S. LEON-COHEN (2) précisent le contexte dans lequel avait travaillé ce dernier :

"Après avoir été à Berlin assistant de HIS et de ZONDECK, médecins célèbres à cette époque, il avait formé déjà à Budapest des groupes "didactiques" pour les médecins. Il alliait à son goût pour la formation une connaissance intime de l'exercice de la médecine : s'y adjoignaient son expérience des groupes et sa réflexion de théoricien de la psychanalyse. Témoin de débats entre FERENCZI et FREUD, à propos d'une forme active de traitement psychanalytique, approuvée par FREUD au début, Michael BALINT, à la mort de FERENCZI a pu suivre certains malades dont celui-ci avait entrepris le traitement dans ces conditions. Tout en demeurant fidèle à la ligne tracée par FREUD, BALINT a été influencé -comme d'autres psychanalystes telle Mélanie KLEIN- par les recherches de FERENCZI."

D'emblée la question d'une technique formative s'est posée pour lui en ces termes :

"Lorsqu'Enid BALINT et moi-même avons commencé à réaliser notre projet de formation au Family Discussion Bureau (à Londres) nous nous sommes heurtés au problème de la formation des travailleurs sociaux ayant à s'occuper des problèmes conjugaux de leurs consultants, à savoir comment leur faire prendre conscience intellectuellement et affectivement des processus inconscients sans leur offrir la méthode éprouvée et sûre de l'analyse personnelle...

... Un tel système et de tels standards dépassant les possibilités de notre projet, nous avons dû créer nos propres méthodes et définir nos propres standards..."

"Devant ce problème, je décidai d'utiliser mon expérience du système hongrois de contrôle et d'élaborer une formation psychothérapeutique basée essentiellement sur une étude serrée du contre-transfert des travailleurs sociaux, en employant les méthodes de groupe...

La méthode, telle que nous l'avons ensuite élaborée en commun pour la formation psychothérapique des omnipraticiens, repose sur les mêmes idées." (17)

Plus loin M. BALINT va développer ces propositions et nous aurons

à les considérer ; notons tout de suite que ces dernières phrases ouvrent le champs à deux problématiques centrales pour le groupe de discussion de cas envisagé dans une perspective analytique :

- d'une part d'abord celle de l'objet de l'écoute analytique mais surtout celle du choix de l'objet d'une éventuelle interprétation.
- d'autre part celle du groupe lui-même : problématique qui est en relation dialectique avec la première.

Elles interrogent bien entendu toutes deux l'animateur dans son rôle.

Ce travail avec des médecins praticiens que M. et E. BALINT effectuèrent à la Tavistock Clinic procèda autant de la recherche que de la formation ; partant de la constatation que *"le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même"* (17) l'élaboration du matériel fourni par les groupes permit entre autres d'éclairer certains aspects fondamentaux de cette pratique dont *"l'élimination systématique par des examens physiques appropriés"* et *"la classification hiérarchique"*, de montrer l'importance de ce que BALINT appela la *"fonction apostolique"* du médecin, mais aussi de mettre en évidence l'influence de la survivance de la *"relation maître-élèves"* dans les relations entre l'omnipraticien et les spécialistes, ainsi que le mécanisme de la *"collusion de l'anonymat"*. Elle permit par ailleurs de préciser la notion de *"climat thérapeutique"* en médecine générale et de définir ce qu'il pourrait en être d'une *"fonction psychothérapique"* qui ne se contente pas de l'empirique *"conseiller et rassurer"*.

En ce sens M. BALINT est le fondateur de la psychologie médicale.

On ne peut évoquer, même succinctement comme il est fait ici, son oeuvre sans mentionner les développements qu'il a apportés à sa notion de *"défaut fondamental"* (18).

Malgré l'intérêt que beaucoup lui reconnaissent "*la formation BALINT*" n'a été l'objet que d'une mise en pratique limitée dans le monde et finalement, comme le constate M. SAPIR (166), elle se concentre essentiellement sur l'Europe Occidentale.

En France, J. A. GENDROT, E. RAIMBAULT, M. SAPIR, J. GUYOTAT, L. ISRAEL en furent les promoteurs.

En lisant les textes que M. BALINT a consacré à la technique de cet "*outil*" que représentait le groupe de discussion de cas on se rend compte de l'importance qu'il accordait à la place occupée par tel ou tel membre participant et par "*le leader*" dans la dynamique relationnelle interne du groupe; ses préoccupations au sujet du phénomène de "*singularisation d'un des membres hors du groupe*" en sont un exemple.

Comme le mentionne G. LEGOUES (136) "*on a appris depuis que son groupe serait le résultat d'une tendance à travailler ensemble, ancienne chez les anglo-saxons et réactivée par les conditions de la dernière guerre, d'intuitions sur la dynamique des groupes formulées au début de l'après-guerre par BION et enfin du désir de BALINT, lui-même fils de médecin, de se mettre à l'écoute d'un groupe de médecins travaillant à comprendre de quoi étaient faits les échanges avec leurs malades.*"

- . Il n'est peut-être pas sans intérêt, en effet, de constater que c'est à peu près à la même époque où BALINT mettait en place ces groupes de formation que le "*Tavistock Institute of Human Relations*" de LONDRES proposait à W. R. BION de diriger des groupes de thérapies, ce sont essentiellement les expériences qu'y effectua ce dernier qui lui permirent de préciser ses théories sur les petits groupes.

On ne s'étonnera pas dès lors de lire sous la plume de S. BOURNE et E. LEROIS (45) de la "*Tavistock Clinic*" dans un article de 1976 consacré au groupe BALINT :

"Nous sommes, à la Clinique, influencés par les théories et l'insight de Wilfred BION sur les groupes. Selon sa terminologie, le groupe travaille au niveau de la vraie tâche primaire et ce travail est menacé par certaines idées inconscientes ("Basic Assumptions") qui captent l'énergie du groupe."

Cette dernière remarque fonde l'intérêt qu'il peut y avoir à l'approche de la vie fantasmatique du groupe de discussion de cas. Historiquement pour cette technique la "rencontre" de BALINT et de BION apparaît nodale.

Il semble donc nécessaire de rappeler dès maintenant les grandes lignes des théories de cet auteur :

"Tout groupe qui se réunit pour accomplir une tâche, manifeste une activité de travail, c'est à dire un fonctionnement mental destiné à faire progresser cette tâche .

Les recherches montrent qu'il est parfois généré, aidé dans ses intentions par des forces affectives d'origine obscure. Ces anomalies de l'activité mentale deviennent plus cohérentes si l'on suppose que, sur le plan émotionnel, le groupe agit comme si son but était fondé sur certaines hypothèses de base.

Celles-ci, qu'on peut assez bien décrire selon trois formules : dépendance, couplage et attaque-fuite, semblent, si on les examine de plus près, prendre la place l'une de l'autre comme sous des impulsions inexpliquées. De plus, on dirait qu'elles ont un lien entre elles, ou même qu'elles présentent différents aspects l'une de l'autre.

En cherchant plus loin, on s'aperçoit que chacune des hypothèses de base présente certains aspects qui correspondent de si près à des objets partiels extrêmement primitifs que, tôt ou tard, apparaît une anxiété psychotique qui est le propre de ces relations primitives. Ces anxiétés et les mécanismes correspondant ont déjà été démontrés en psychanalyse par Mélanie KLEIN ; les descriptions qu'elle en fait concordent bien avec les états émotionnels qui se manifestent collectivement

dans le groupe à travers un comportement rendu compréhensible si on le considère comme le résultat d'une hypothèse de base.

Du point de vue de l'activité rationnelle d'un groupe de travail, les hypothèses de base semblent être à l'origine de forces dirigées vers des buts qui diffèrent à la fois de la tâche objective du groupe et d'autres tâches en accord avec l'explication freudienne d'un groupe sur le modèle du groupe familial.

D'autre part, du point de vue de l'anxiété psychotique, associée à des fantasmes de relations primitives entre objets partiels -décrits par Mélanie KLEIN et ses collaborateurs- les phénomènes de l'hypothèse de base ont les caractéristiques de réactions de défense contre l'anxiété psychotique, ce qui n'est pas tant contredire les idées de FREUD que les compléter." W.R. BION (41) *

C'est en effet, encore une fois, FREUD qui avait ouvert la voie d'une application au groupe des théories psychanalytiques avec ces trois textes, bien souvent cités et pour cause, que sont *"Totem et Tabou"* (1913) *"Psychologie collective et analyse du moi"* (1921) et *"Malaise dans la civilisation"* (1929). Les deux premiers paraissent particulièrement fondamentaux. Dans *"Totem et Tabou"*, comme le résume de façon très concise D. ANZIEU (5), "A l'origine aurait existé la horde primitive, dirigée par le Vieux, tyran brutal, qui se réservait la possession des femmes et chassait ses fils en âge de devenir ses rivaux. Les frères s'unissent un jour pour procéder ensemble du meurtre du père et au festin où ils se partagent son corps. Cette communion totémique réalise l'identification au père mort, redouté et admiré, c'est à dire devenu la loi symbolique. Cette identification et l'accès à la loi fondent la société comme telle, avec sa morale, ses institutions, sa culture. Les deux premiers tabous : ne pas tuer le totem (substitut du père), ne pas se marier avec des parents (tabou de l'inceste) constituent la trans-

* La thèse de Bruno MOUNIER (156) présente un exposé synthétique de ces théories.

position sociale du tabou de l'inceste. Le meurtre du père fondateur est un travail psychique interne que tout groupe a à effectuer sur le plan symbolique (et quelquefois sur le plan réel) pour accéder à sa propre souveraineté et devenir son propre législateur.

Dans "*Psychologie collective et analyse du moi*" il étudie les foules en général et plus particulièrement certaines foules artificielles comme l'Armée ou l'Eglise ; il y développe l'idée qu'"une foule primaire se présente comme une réunion d'individus ayant tous remplacé leur Idéal du Moi par le même objet ce qui a pour conséquence l'identification de leur propre moi." (81)

La personne du chef mais aussi une idée, une idéologie... peuvent représenter ce "*même objet*".

L'important développement donné au mécanisme de l'identification et au rôle (cohésif) de l'Idéal du Moi fait le lit de la seconde topique freudienne exposée deux ans plus tard dans "*Le Moi et le Ça*"

C'est sans doute un texte clé pour "*le tournant de 1920*". En fait il semblait plus dans l'intention de FREUD d'utiliser une approche psychanalytique de la psychologie collective pour préciser un appareil psychique individuel que le contraire. R. KAES (122, 123) plus récemment utilisera à l'inverse cette conception de la seconde topique freudienne "*comme un groupe de personnages anthropomorphiques*" pour dégager la notion d'un "*appareil psychique groupal*."

Avec W.R. BION d'autres élèves de l'école kleinienne anglaise ont dès les années 50 (et même avant pour certains) apporté d'importantes contributions à l'étude analytique du groupe ; on ne peut pas ne pas évoquer les noms d'E. JAQUES (111) dans sa démonstration du rôle défensif de l'institution contre les angoisses archaïques, en particulier persécutrices et dépressives, de S.H. FOULKES seul (74, 75, 76, 77) ou en collaboration avec E.J. ANTHONY (78) dont la notion de "*résonnance inconsciente*" n'a pas constitué le moindre des apports, d'H. EZRIEL (67, 68) décrivant l'existence d'une "*tension commune aux fantasmes inconscients du groupe*" qui n'est, bien entendu, pas sans rapport avec la notion précédente.

S. R. SLAVSON (177, 178, 179, 181) avait fait lui-même comme le rappelle D. ANZIEU et J. Y. MARTIN (13) un important travail de codification dans ce domaine ; c'est certainement à lui que l'on doit les premiers essais pour dégager ce qu'il pourrait y avoir de spécificité dans la situation de groupe de discussion de cas par rapport à celle de psychothérapie analytique de groupe.

G. GENEVARD (88), qui le note, développera ces notions, reprises par J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET et M. MARIE-CARDINE (101) dans leur ouvrage collectif sur la formation psychologique du médecin.

En Mars 1962 est créée la Société Française de Psychothérapie de groupe à la suite d'une première rencontre suscitée par S. LEBOVICI en 1958.

Cette Société qui comme l'indique G. TESTEMALE-MONOD (182), son actuelle présidente, regroupe quatre sections différentes (groupanalyse, psychothérapie familiale analytique, psychodrame analytique et groupes thérapeutiques d'enfants) naissait ainsi plusieurs années après son homologue anglaise ; mais cette création marquait l'intérêt grandissant que portaient les psychanalystes français à ce nouveau champs d'investigation.

Parmi ceux-ci J. B. PONTALIS en 1963 (159) fit paraître un texte important qui reprenait l'examen critique, esquissé quelques années plus tôt (158), des pratiques et théories concernant la dynamique des groupes et la psychothérapie de groupe.

"PONTALIS dans ce texte met l'accent sur les deux problèmes qui se posent encore aujourd'hui à la recherche sur les groupes : discerner et distinguer l'objet-groupe, dégager ses effets qui le font prendre pour une cause, articuler le rapport entre la méthode et l'objet à travers le questionnement des relations du praticien ou du théoricien aux objets qu'ils contruisent." R. KAES (122)

Dès l'instant où l'on se donnait comme objet d'étude le groupe à travers sa vie fantasmatique la plupart des processus privilégiés par le courant psychosociologique apparaissait, sous ces nouveaux éclairages

dans un statut de résistances.

"L'erreur du psychosociologisme est d'expliquer un phénomène manifeste, le fonctionnement des groupes, à partir d'autres phénomènes manifestes, conscients et préconscients, alors que la psychanalyse nous a appris depuis trois quart de siècle que le contenu manifeste n'explique pas le contenu latent." D. ANZIEU (7)

Il s'agissait moins là d'un rejet pur et simple de tout ce qu'avait pu proposé ce courant (en particulier en la personne de K. LEWIN) que d'un constat d'insuffisance et surtout de la prise de conscience que ce mouvement représentait une étape historique, dans le sens dynamique du terme :

"Il s'agissait là d'un mécanisme fondamental dans la découverte scientifique, du moins dans les sciences humaines, puisque nous ne pouvons prendre un premier regard sur des faits nouveaux que dans des perspectives défensives." (7)

Cette idée est illustrée à vitesse accélérée par l'histoire même du C.E.F.F.R.A.P. (Cercle d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie) telle que la rapporte et l'analyse D. ANZIEU (12)

Ce groupement créé en 1958 et qui n'est pas sans rapport avec la S.F.P.G. s'est avant tout centré sur la formation (tout comme le Groupe Français de Sociométrie et la S.E.P.T. spécifiquement pour le psychodrame) et a progressivement adapté ses techniques dans le sens d'un "dépouillement" : *"en éliminant les activités qui empêchent l'imaginaire groupal de se manifester librement et les relations de groupe de s'organiser selon la fantasmatisation des participants."* (12)

L'une des premières "victimes" sera l'étude de cas. L'élaboration théorique qu'a déjà réalisée cette équipe -éclairée en cela, comme le précisent D. ANZIEU et J.Y. MARTIN (13) par ce qui a été évoqué des apports freudiens et kleinien mais aussi par les notions d'"image du corps" déve-

loppées par SCHILDER, "d'identification narcissique spéculaire" par LACAN et d'"illusion" par WINNICOTT- à partir du matériel recueilli en séminaire de formation (dans ses trois composantes actuelles : groupe de diagnostic, psychodrame, groupe large) est extrêmement riche, importante non seulement pour la pratique des groupes de formation mais aussi celle des groupes thérapeutiques.

Il n'est pas question de vouloir la résumer ici, ce qui serait par trop réducteur ; nous en développerons quelques aspects plus particulièrement en fonction de ce que nous avons cru pouvoir repérer dans les expériences dont il sera fait état plus loin.

En recentrant nos préoccupations on constate que ces derniers développements relativisent l'importance d'un chagement "*limité bien que considérable*" suivant les termes de M. BALINT, dans la personnalité de chaque participant ; ceci en ce que l'utilisation du cas apparaît comme "résistance instituée" vis à vis de l'émergence des formations inconscientes individuelles et groupales ; c'est en cela d'ailleurs que cette médiation confère à la méthode une image quelque peu sécurisante (M. SAPIR, J.M. ALBY, N. ALBY, S. LEON-COHEN (2) parlent de "garant") d'une part pour l'animateur et d'autre part pour les participants : ceux qui n'ont pas de motivation suffisante pour une démarche plus "engageante" (sans parler même de démarche thérapeutique) mais aussi ceux dont la démarche formatrice ne représente que le masque derrière lequel se cache une demande thérapeutique.

Toutefois l'utilisation du cas n'est pas que résistance ; elle suscite aussi une verbalisation qui, pour n'en être pas tout à fait libre, est par certains côtés très personnalisée, n'excluant pas systématiquement ce qui est de l'ordre du processus primaire : le "*troisième objet*" (F. WINKELMANN, 184) que représente le patient à travers la narration de son cas n'est pas que prétexte à une catharsis nécessaire mais insuffisante ; il est aussi support identificatoire et projectif partiel, en tant qu'objet de l'analyse par le groupe et par l'animateur en particulier ; ceci ne signifie pas bien évidemment que ce que peut bénéficier personnellement chaque participant des éléments d'analyse du cas ait l'

intérêt et la portée d'une interprétation dans le transfert ; du moins peut-on espérer, à travers ce mouvement, favoriser le développement d'un certain *"insight"* dans la mise en jeu du *"moi analytique"* (cf. C. MERTENS de WILMARS, 150) de chacun ; la notion de *"prise de conscience dérivée"* développée par SLAVSON n'est pas sans incidence ici.

C'est en effet bien un peu, déjà, du cas de chacun et du groupe qu'il est traité dans le groupe, dans le cadre même de sa *"fonction de travail"* (c'est à dire fonction du *"groupe de travail"* selon BION).

Ceci justifie déjà l'intérêt de cette fonction là et donc aussi celui d'une écoute de la vie fantasmatique du groupe en tant qu'elle peut en favoriser ou au contraire en bloquer l'accomplissement. Ce matériel est-il par ailleurs directement utilisable pour approfondir le processus de formation ? Les réponses ne sont pas univoques.

Il est temps maintenant de faire une présentation plus concrète de cette méthode dans ses modalités pratiques en limitant notre étude à la formation psychologique abordée sous l'angle analytique.

II - DESCRIPTION - FONCTIONNEMENT GENERAL

Nous commencerons par la forme la plus connue en laissant d'emblée la parole à des praticiens dont l'expérience en la matière n'est plus à démontrer :

A - LE GROUPE BALINT CLASSIQUE

"Dix à quinze médecins se réunissent chaque semaine ou sur un rythme bimensuel, pour une séance d'une heure trente ou de deux heures, centrée sur une discussion de cas avec un ou deux leaders ou animateurs psychanalystes et un observateur."

Tout médecin participant y rapporte, quand il le désire, comme il l'entend, un cas de sa pratique ou la suite d'un cas exposé dans le groupe. Le cas est discuté par le groupe qui travaille ainsi concrètement et permet à chacun d'être confronté avec sa propre pratique et celle des autres d'une façon médiate puisque le malade est absent.

La disposition dans l'espace du groupe n'est pas indifférente, participants et leaders forment un cercle, soulignant ainsi par sa configuration que la relation enseignant-enseigné n'est pas de mise et qu'un modèle de fonctionnement autre est proposé. Tout participant découvre à travers les interventions et les exposés des cas où "l'identification empathique", la base de toute compréhension émotionnelle est suivie d'un "retrait dans l'objectivité" deux mouvements qui caractérisent la relation professionnelle et la différencient d'une relation personnelle.

Le leader insiste sur l'importance du diagnostic global, considérant, outre les données organiques ou psychiatriques, la relation qui s'est établie entre le médecin et son patient ; il s'identifie à celui qui expose un cas, puis à ceux qui interviennent, reprenant aussi son objectivité, son mouvement est équivalent à celui décrit pour le médecin.

Les attitudes du praticien dans la relation qui s'est instaurée, le "contre-transfert du praticien", la manière dont il est fait usage de sa personne et de son savoir, ses conduites respectives, sont au centre du travail de groupe, sans que pour autant le leader mette ou laisse mettre le médecin en cause personnellement.

Afin de créer les conditions dans lesquelles ce "contre-transfert" apparaîtra aussi librement que possible, les groupes discutent sans document écrit, le participant rapportant son cas d'une manière qui rappelle l'association libre. Cela permet toutes sortes de distorsions subjectives, d'admissions, de réflexions secondaires, etc... ; le leader est conscient de la dynamique et veille à son déroulement dans le sens de la compréhension de la relation entre le patient et son entourage et le patient et son médecin.

Il s'oppose à toute tentative visant à imposer un seul mode d'agir avec un patient et permet à chacun d'être soi-même, sans utiliser de recettes ou se laisser prendre au piège des idéologies... Le groupe peut être ouvert ou fermé. S'il est ouvert de nouveaux participants viendront s'y joindre tandis que d'autres s'en retireront.

Sa durée pourra être non limitée ou fixée d'avance.

L'évolution d'un groupe fermé peut naturellement parvenir à sa propre "mort" au bout de deux ou trois ans, lorsque la plupart des participants en décident ainsi, peut être parce qu'ils ont obtenu la modification souhaitée ; d'autres iront chercher ailleurs et autrement la réponse qu'ils aspirent à trouver. L'adage courant s'applique : le groupe BALINT mène à tout à condition d'en sortir, il ne doit pas être un refuge dans lequel les comportements régressifs seraient protégés, mais un lieu de mobilisation des éléments préconscients liés à la vie professionnelle." J.M. ALBY, M. SAPIR, N. ALBY, S. LEON-COHEN (2).

B - AUTRES MODALITÉS

Précisons tout d'abord que nous excluons pour l'instant ce qui est de l'ordre de la technique même de l'animateur.

L'utilisation du groupe de discussion de cas se retrouve dans différentes situations de formation ou de recherche et à côté de ce qui pourrait constituer une description-type identifiée au groupe BALINT classique il est possible de décrire certaines "variantes".

1°/ - EN FONCTION DE LA FREQUENCE

- Tout d'abord le groupe de discussion de cas peut être utilisé de façon ponctuelle, par exemple lors d'un état de crise à l'hôpital général pour lequel un travail élaboratif avec l'équipe hospitalière paraît indispensable et sans que cette acti-

tivité ne soit instituée ; il se vit parfois aussi de manière spontanée *"dans le couloir du service ou dans le bureau de l'infirmière."* A. BEETSCHEN(23).

- Il peut être utilisé ponctuellement dans le cadre d'un colloque ou d'un séminaire de recherche.
- Par ailleurs on le retrouve au sein de séminaires discontinus et intensifs : par exemple les sessions annuelles de *SILS MARIA, DIVONNE, AUXERRE...* destinées ici principalement aux médecins généralistes.

2°/ - EN FONCTION D'UNE EVENTUELLE ORIENTATION DE CONTENU

Ce sont par exemple les groupes *BALINT* dit spécialisés formés en général de médecins rodés à la méthode Balintienne. *"Le nombre de recherches entreprises par les BALINT et leurs collaborateurs est si considérable que seule une partie a pu être publiée à ce jour. Deux projets étaient en cours d'élaboration peu avant la mort de M. BALINT. E. BALINT a continué ces recherches notamment sur le Flash. Citons parmi elles celles centrées sur le couple, le problème du patient mourant, les appels de nuit, le diagnostic complet, les prescriptions répétées etc...* Ajoutons à cette énumération les recherches entreprises dans le même esprit par des Balintiens hors de Grande-Bretagne, notamment par ISRAEL, GENDROT, G. RAIMBAULT, E. RAIMBAULT, GUYOTAT et ses collaborateurs, CAIN, en Suisse par les équipes de LAUSANNE sous la direction de P.B. SCHNEIDER et à GENEVE par celles de GARRONE, en Italie, à MILAN, par l'équipe de SELVINI et RUSCONI, en Allemagne par MITSCHERLICH et ses élèves, aux Etats-Unis par ORNSTEIN, par ZABARENKO..." M. SAPIR (166) que nous venons de citer, développe lui-même deux exemples : un groupe sur l'hystérie, un autre sur le diagnostic.

Dans ce cadre s'inscrit aussi le groupe *"médecins-psychanalystes"* qu'il anime, groupe centré uniquement sur des cas de patients atteints de maladies dites *"organiques"*.

3°/- EN FONCTION DU NOMBRE DES PARTICIPANTS

Pratiquement constamment le nombre des interlocuteurs du groupe de discussion de cas correspond aux dimensions de ce qu'il est convenu d'appeler le "*petit groupe*" ou "*groupe restreint*", c'est à dire environ 7 à 15 personnes.

Il peut prendre exceptionnellement les dimensions du "*groupe large*", jusqu'à 80 personnes et même du groupe "*vaste*", entre 80 et 300 personnes selon la nomenclature de D. ANZIEU (11) : c'est le cas par exemple lors de la semaine de formation de SILS MARIA organisée par le Dr. O. MEIER sous l'égide de la Société de Médecine Psychosomatique Suisse; M. BALINT en avait assuré, avec sa femme, la direction psychologique pendant de nombreuses années ; c'est aussi le cas pour les journées de DIVONNE. Le matin tous les participants (médecins et "*leaders*") au nombre de 120 se réunissent, en rangs concentriques ; ce sont les médecins de ce premier cercle qui vont alternativement présenter deux cas tous les matins mais tous les participants pourront prendre part à la discussion.

On connaît mieux, surtout depuis les travaux de R. KAES (119), D. ANZIEU (11), A. BAJARANO (25, 26, 27), les processus dynamiques liés à la situation de "*groupe large*" et l'on ne s'étonnera pas d'apprendre que M. BALINT dans le cadre de sa technique propre appliquée au "*groupe vaste*" de SILS MARIA ait eu une attitude plus directive et plus pédagogique qu'à l'habitude. L'après midi par contre, l'assistance se répartit en petits groupes suivant le schéma classique présenté plus haut.

4°/ - EN FONCTION DE L'ORIGINE PROFESSIONNELLE DES PARTICIPANTS

Le groupe BALINT s'adresse classiquement aux médecins généralistes et spécialistes; en fait historiquement, comme nous l'avons vu, les premiers groupes ont été mis en place avec des travailleurs sociaux au Family Discussion Bureau et il est bien clair que la méthode des cas peut s'adresser à différentes catégories professionnelles, sinon à tous les métiers à composante relationnelle, en particulier ceux qui touchent

de près ou de loin le domaine de "*la Santé*" (mais aussi de "*l'Educa-tion*"...) que ce soit dans les années officielles de formation ou dans la pratique ultérieure. Ainsi par exemple :

- infirmier(e)s psychiatriques
 - infirmier(e)s D.E.
 - aides-soignant(e)s
 - A. S. H.
 - assistantes sociales
 - puéricultrices
 - éducateurs, éducatrices
 - kinésithérapeutes
 - psychomotriciennes
 - conseillers conjugaux
 - diététiciennes
 - sages-femmes
 - dentistes
 - orthophonistes
- mais aussi instituteurs ...

Cette liste d'une part n'est évidemment pas limitative et d'autre part ne représente pas seulement que des possibles : on sait par les compte-rendus de congrès ou de colloques ou bien seulement par ouï-dire que de tels groupes fonctionnent réellement en France et à l'étranger mais on est parfois surpris quand on "*épluche*" la littérature spécialisée (française en particulier) par le petit nombre d'articles qui en font état.

Nous pouvons par exemple mentionner les expériences de *M. MATHIEU* (144, 145, 146, 147) d'abord avec des élèves assistantes-sociales puis avec des éducatrices, les conseillères conjugales...celles de *C. DURAND* et *C. CHERPILLOD* (66) avec des animateurs de foyer, dans la région celles de *J. DUFOUR* avec les psychomotriciennes, celles de *D. VASSE* avec des orthophonistes...

(Le cas des groupes de parents est très particulier : ces groupes où il est en effet question du "*métier*" de parents appartiennent en fait plus directement au domaine de la thérapie).

A l'hôpital général certains groupes se sont constitués, comprenant tous les éléments d'une équipe hospitalière : ainsi celui d' E. RAIMBAULT à L'Institut Gustave ROUSSY ou celui de S. D. KIPMAN dans le service d'urologie pédiatrique de Curie.

F. WUILLEMIER (186, 188, 189), collaborateur de P. B. SCHNEIDER, s'est particulièrement intéressé aux groupes "mixtes, pluridisciplinaires" encore dits "hétérogènes"; Mme. REVOL, par exemple, en anime un sur le Centre Médico-Psychologique du 3^e arrondissement à LYON ; J. GUYOTAT (99) insiste récemment sur l'intérêt de ce type de groupe.

La formation psychologique de l'élève infirmier(e) et celle de l'étudiant(e) en médecine pose des problèmes bien spécifiques. Appliquée au cas des études de médecine elle a fait l'objet de nombreuses recherches et expériences particulièrement à PARIS (M. SAPIR), à LYON (J. GUYOTAT), à STRASBOURG (L. ISRAEL) et à MARSEILLE (J. CAIN) ; les travaux de MISSENARD et GELLY, déjà cités, sont particulièrement éclairants à cet égard. J. GUYOTAT (99) après de nombreuses années d'utilisation du groupe de discussion de cas avec des étudiants en milieu hospitalier pense que ces groupes ont avantage à se situer dans un cadre universitaire classique : *"C'est ainsi que depuis 1970, nous animons des groupes de discussion de cas dans le cadre du certificat de psychologie médicale générale... Il s'agit dans tous les cas d'une option (certificat optionnel) qui s'ouvre à l'étudiant tout au cours de ses études de médecine."*

Le groupe de discussion de cas peut par ailleurs être utilisé dans le cadre du C.E.S. de Psychiatrie, notamment celui de LYON, depuis sa réforme en 1976, sous l'appellation *"groupe de réflexion clinique"*.

Dans ce cas précis chaque étudiant fait ainsi l'expérience, pendant trois ans au moins, de cette activité ; cette mise en place correspond au projet des promoteurs de la réforme (enseignants et étudiants) de donner une importance accrue à la *"clinique relationnelle"*.

De tels groupes sont bien entendu aussi utilisés dans la formation au cours des études de psychologie, et en particulier de psychologie clinique (D.E.S.S...).

Cette technique n'est pas non plus sans analogie avec le groupe dit "*de contrôle*" dans la formation au métier de psychanalyste encore que là l'engagement analytique personnel des participants y soit déjà une donnée bien spécifique.

5°/ - EN FONCTION DU CADRE

Nous entendons par là cadre privé ou extra-institutionnel ou au contraire cadre institutionnel ; les activités de formation au titre de la formation continue représentant un moyen terme : financement par l'institution mais indépendance par ailleurs vis à vis de l'institution.

Ainsi par exemple le groupe *BALINT* classique, que les participants soient généralistes, spécialistes et même pour certains hospitaliers, se déroule dans un cadre privé. Certains groupes, encore assez rares il est vrai, se sont créés dans le cadre de l'hôpital général ; nous en avons vu déjà quelques exemples plus haut, que ce soit avec des étudiants ou des membres permanents.

Nous mentionnerons encore le groupe de *G. RAIMBAULT* (161) avec des médecins spécialisés en pédiatrie et ceux coanimés par *J. BERGERET* et *J. GUYOTAT* (39), celui de *M. BERGER* (34) avec des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture, ceux enfin qu'ont animés ou/et animent *M. ABIVEN* et *J.P. AMBROISE* (1), *A. BEETSCHEN* avec des infirmières et des aides-soignantes.

Cette simple évocation en oublie probablement beaucoup d'autres. *M. BERGER* s'est particulièrement intéressé aux difficultés relationnelles lors des soins aux mourants; l'élaboration théorique, importante qu'il a faite à ce propos, dans un premier temps seul (29, 30, 31, 32, 33), avec *F. HORTALA* (38) puis avec *A. BEETSCHEN* (36, 37), a trouvé matière

pour une part non négligeable d'abord dans le contenu de groupes de discussion de cas qu'il a lui-même animé à l'hôpital général puis, nous le verrons plus loin, à l'occasion de séminaires extrahospitaliers de formation qu'ils ont tous deux coanimés.

Pour ce qui est du cas des groupes intrahospitaliers il n'est pas indifférent de considérer le lien entre l'animateur et l'institution et, en cas d'appartenance, sa fonction hiérarchique.

Ces questions avaient été débattues lors de deux premiers congrès de psychothérapie de groupe organisés à LAUSANNE par P. B. SCHNEIDER (169, 170) puis reprises par J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET et M. MARIE-CARDINE (101) ; l'équipe du centre A. Binet (D. BRAUNSCHWEIG, R. DIATKINE, E. KESTEMBERG, S. LEOVICI, 46) en font l'analyse suivante :

"On comprend alors l'intérêt de la formation en groupe qui peut être assurée par le leader du groupe lui-même ou par un consultant venu de l'extérieur.

Dans le premier cas le leader du groupe connaît mieux les problèmes, puisqu'il les vit, mais il risque d'être situé par définition en dehors de l'étude des conflits, tout en constituant un personnage toujours défié, sans que son rôle soit ouvertement en cause.

Le consultant pourra plus délibérément manier les effets du groupe, soit en présence du leader, ce qui risque de limiter l'expression de l'agressivité latente à son égard, soit en son absence, ce qui risque de créer une différence dangereuse entre les affects exprimés en son absence et les effets de la situation hiérarchique qui s'exprime à travers son rôle."

Dans le cas de l'hôpital général il semble s'être dessinée une certaine unanimité pour dire que la situation la plus viable, au moins dans un premier temps, semble être celle d'un animateur ayant déjà une activité non directement hiérarchisée (par exemple d'attaché de consultation) dans l'institution.

Nous aurons l'occasion de revenir sur le problème de la hiérarchie à l'intérieur du groupe.

Mentionnons au passage l'importance de l'origine réelle de la demande de constitution d'un groupe, problème dont les termes sont proches de celui que nous venons d'évoquer.

6°/ - EN ASSOCIATION AVEC D'AUTRES TECHNIQUES

Différentes associations se présentent en effet comme fructueuses, par exemple :

- Lors des journées de DIVONNE-les-BAINS, organisées sous l'égide des Sociétés Française et Suisse de Médecine Psychosomatique et de l'A.R.E.F.F.S, sont utilisés successivement :

- . la méthode des cas en grands et petits groupes
- . la relaxation
- . le jeu de rôle

Pour ce qui est des deux premières méthodes M. SAPIR (166) constate : *"cette même expérience de médecins ayant, au cours de ces dix dernières années, participé à un groupe BALINT et à une formation de relaxation, m'a montré qu'il s'agit d'une combinaison extrêmement bénéfique.*

Au cours de la relaxation, le médecin se vit en tant que patient, et ce qu'il éprouve sur le plan psychosomatique et relationnel complète ce qu'il acquiert au cours de la discussion de cas."

- Les séminaires de formation aux soins aux mourants tels que les conçoivent et les pratiquent M. BERGER et A. BEETSCHEN (37)

utilisent la séquence groupe BALINT -jeu de rôle- discussion libre, répartie sur une demi-journée et répétée trois fois en un jour et demi. Le séminaire se déroule lui-même sur trois week-ends.

- *"La présentation de cas, lors du groupe BALINT est très riche car c'est elle qui implique et entraîne le plus de changement dans la pratique.*
- *Le jeu de rôle, par l'utilisation du corps, par le fait de se montrer et d'être vu, se rapproche plus du registre pulsionnel.*

Certains jeux de rôles très intenses et émouvants nous ont parfois obligé à les arrêter ou à inverser les rôles pour éviter trop d'angoisse ou des abréactions importantes...

- *La discussion libre, qui reprend souvent le cas et le jeu de rôle précédant, fonctionne un peu comme des associations libres. C'est souvent le moment où apparaît le mieux le transfert des participants envers les animateurs, d'autant plus qu'ici, ils sont médecins. Il est intéressant de voir comment ce transfert réactualise certains thèmes et permet leur élaboration." (37)*



C H A P I T R E I I



LA TECHNIQUE DU GROUPE DE DISCUSSION DE CAS

LE ROLE DE L'ANIMATEUR

PREAMBULE

Avant toute chose il apparaît nécessaire de préciser deux points de vocabulaire qui jusqu'à maintenant dans ce texte sont restés vagues :

- Tout d'abord nous utilisons plus volontiers la dénomination d'"animateur" de groupe de discussion de cas plutôt que celle de "leader" que l'on aurait peut être intérêt à réserver au porteur de la fonction de "leadership" telle que la définit et l'analyse A. BEJARANO (25, 26).

Dans notre esprit l'emploi de ce terme n'implique toutefois pas d'apriori vis à vis de l'utilisation d'une technique directement inspirée de celle des groupes de formation du C.E.F.F.R.A.P. : dans ce cas précis le terme de "moniteur" tel que le définit D. ANZIEU (9) serait probablement plus approprié.

- Par ailleurs le terme de "contre-transfert" a été employé par M. BALINT (en particulier) pour désigner d'une part suivant ses termes *"les moyens par lesquels le médecin utilise sa personnalité, ses convictions, son savoir, ses modes habituels de réaction..."* dans la relation avec son patient et d'autre part, nous semble-t-il, ce qui à travers cet ensemble peut être considéré comme induit par le "transfert" du patient sur sa personne.

On peut d'emblée remarquer qu'il s'agit là de l'extension d'une terminologie réservée habituellement à la situation analytique, et ceci à une situation qui n'en a pas les caractéristiques fondamentales ; ce problème renvoie, bien entendu, à celui plus général de l'utilisation non seulement de concepts mais aussi d'une technique analytiques dans un champ élargi par rapport à la cure-type ; et l'on sait les précautions que cela nécessite. Tout débat sur la signification précise et, dans le

cas qui nous occupe, sur la justification ou non de l'emploi de ces termes s'avère extrêmement délicat : *"toute une série de problèmes qui font l'objet de débats classiques s'y trouvent impliqués"* remarquent J. LAPLANCHE et J. B. PONTALIS (134).

A la limite pourrait-on dire que si l'existence de phénomènes transférentiels a été mise en évidence dès 1895 par FREUD (83) dans la relation de l'hystérique à son médecin, c'est à dire dans une relation qui, pour particulière, n'a de prime-abord rien de typiquement analytique, il pourrait alors être adéquat d'utiliser le terme de *"contre-transfert"* pour désigner certains aspects au moins de la réponse du médecin.

La définition même du terme est floue dans l'oeuvre freudienne comme le constate encore LAPLANCHE et PONTALIS(134) et son contenu conceptuel varie suivant les auteurs.

P. BOFILL et P. FOLCH-MATEU (42) dans leur communication au 23^e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes ont essayé de clarifier cette notion à travers une étude historique extrêmement fouillée.

Leur conception personnelle est très large, ils la définissent ainsi : *"le contre-transfert s'étend donc à tout ce qui est réponse de l'analyste à son malade qu'elle soit provoquée par les attitudes transférentielles du patient ou qu'elle le soit par toute sa réalité et son comportement ; la façon de saisir ces attitudes et cette réalité dépendra de la personnalité de l'analyste, de son passé vécu, de ses potentiels résiduels de transfert et de sa situation dynamique et économique à chaque moment précis de sa relation avec le malade. Si nous devons établir une définition du contre-transfert nous choisirions la suivante : le contretransfert est la composante de tous les vécus et il englobe toutes les réponses du psychanalyste envers son analysé."*

C'est à cette conception large, très proche sinon similaire à celle d'auteurs tels M. BALINT, M. BOUVET ou S. LEBOVICI que nous nous référerons dans la suite pour ce travail, de même qu'à la conception large du transfert qui peut en être le pendant.

En fait tout phénomène transférentiel chez un patient renvoie chez le médecin ou le soignant en général à une attitude qui a bien à voir avec un contre-transfert, pris dans le sens très large dont nous venons de faire état.

Une différence essentielle réside toutefois dans le fait que l'analyste en situation analytique doit prendre en compte très précisément les éléments à la fois du transfert du patient et de la part consciente de son contre-transfert pour les utiliser dans le cadre d'une technique professionnelle qui n'est pas, comme le précise, à la suite de M. BALINT, B. GRUNDBERGER (95) "absence de décharge" (en tant qu'une décharge existe "adéquate et valable" dans "la fonction de sublimation du travail analytique" (16)) mais qui, par contre, ne doit pas aboutir à la satisfaction dans la réalité de l'univers pulsionnel du patient. Ces affirmations auraient on le sait à être précisées en fonction de certaines indications. Cette situation là favorise seule le développement d'une "névrose ou/et d'une psychose de transfert" utilisable, au-delà de ses aspects résistanciels, comme outil thérapeutique. La fonction du médecin ou du travailleur social les placent d'emblée dans une situation différente où une certaine mise en actes est non seulement nécessaire mais représente encore le fondement de la fonction. Rappelons à cet égard les propos de WINNICOTT (185) :

"Les phénomènes de transfert sont utilisés bien plus complètement en psychanalyse que dans le travail social, par exemple, ce qui donne à l'analyste un avantage thérapeutique sur le travailleur social. Il ne faut pas négliger cependant les avantages propres au travailleur social qui, praticien du "service individuel", est dans une meilleure position en utilisant les fonctions du moi du patient pour faire le rapport entre les besoins du moi de l'individu et ce que la société lui offre.

En tant qu'analystes nous sommes souvent gênés par cette situation, qui n'est pas de notre ressort."

Ceci dégage la spécificité des deux professions.

Il n'en reste pas moins que des phénomènes transférentiels apparaissent dans des situations non analytiques et que le médecin ou le travailleur social, pour ne citer qu'eux, en sont les supports.

B. GRUNBERGER (95) propose l'utilisation du terme "*transfert analytique*" pour désigner spécifiquement un transfert se développant en situation analytique ; on pourrait, de même, spécifier un "*contre-transfert analytique*".

Nous mentionnerons toutefois les mots contretransfert et transfert en général entre guillemets pour désigner les termes de la relation entre un participant au groupe de discussion de cas et le patient dont il rapporte le cas, ceci parce qu'il n'est pas toujours certain que d'authentiques phénomènes transférentiels (dans leur sens de réactualisation) existent toujours ; cette règle n'est valable, bien sûr, qu'en dehors des citations ; certains pourraient préférer les termes de contre-attitude....

Si l'on poursuit cette réflexion où nous a conduit la notion même de contretransfert on perçoit par un autre biais l'une des origines professionnelles base de la demande de participants à un groupe de discussion de cas : en effet, pour reprendre les exemples cités plus haut, le médecin et le travailleur social se trouvent parfois, sinon souvent, confrontés à des demandes marquées du sceau de la répétition qui ne prennent sens que dans un processus transférentiel authentique que la réalité qu'ils apportent en réponse ne satisfait que très partiellement ou nullement. Certaines des réactions contretransférentielles suscitées et agies ne font d'ailleurs qu'aggraver la distance entre l'offre et la demande aboutissant parfois au sentiment d'"être dépassé", celui-ci toutefois, et contrairement au "*rejet pur et simple*", suppose l'acceptation d'une certaine dépression. Là se situe la limite des fonctions d'un groupe de discussion de cas : il peut aider les participants à reconnaître les véritables caractères d'une demande, à comprendre ainsi en quoi les réponses apportées pourraient être inadéquates et en quoi aussi parfois il n'y a pas de réponse réelle à sa disposition pour la combler, ce qui n'est pas sans panser une blessure narcissique toujours présente.

Habituellement il ne peut, par contre, que très partiellement éclairer les participants sur les aspects conflictuels de leur propre personnalité, aspects dont nous savons qu'ils peuvent "*colorer*" de façon importante non seulement la réponse qu'ils apportent mais aussi l'offre qu'ils font.

Préciser les outils dont nous disposons pour développer ces deux fonctions justifie une étude plus complète du rôle ou plutôt des rôles possibles pour l'animateur.

A - ETUDE GENERALE DU ROLE DE L'ANIMATEUR

Différentes interventions lors du Séminaire International de Psychothérapie de groupe organisé par P. B. SCHNEIDER en 1963 (169), et en particulier celles de P. C. RACAMIER, J. GUYOTAT, P. B. SCHNEIDER et P. JORDI avaient montré que les motivations à la formation d'un groupe de discussion de cas n'étaient, chez les participants, pas si fondamentalement différentes de celles qui président à l'entrée dans un groupe thérapeutique et que les composantes professionnelles évoquées précédemment ne les résumaient pas.

C'est bien là l'une des réflexions qui avaient fait suite à la présentation du rapport de G. GENEVARD (88) dans son travail de confrontation entre ces deux types de groupe. Ce travail et les autres rapports, leurs discussions et celles des sous-groupes avaient aussi démontré qu'il n'était pas si facile de différencier clairement le rôle de l'animateur de l'une par rapport à celui de l'autre.

Alors que ce dernier rôle semblait se préciser au fil des années, le premier lui se révélait sous de multiples facettes oscillant entre un pôle didactique et un pôle psychothérapique parfois très évident.

Il apparaissait alors que la définition même de tel ou tel groupe de discussion se spécifiait avant tout à travers la technique de l'animateur, définie non seulement en fonction de ses options personnelles, de sa formation et de son "~~contre~~transfert", mais aussi en fonction de critères propres aux participants (dont certains ne sont pas sans relation avec les critères utilisés dans le choix des indications thérapeutiques) ainsi qu'en fonction de facteurs situationnels (groupes extra ou intra-institutionnels, connaissance et fréquentation mutuelle des participants en dehors des groupes...) et de la durée prévue ou non du groupe.

Elle apparaissait par ailleurs susceptible de variations dans le temps en fonction d'une possible évolution de ces différents paramètres.

Il est à peine besoin de dire ce qu'aurait de parfaitement illusoire un désir d'exhaustivité dans une telle étude et nous nous limiterons, quant à nous, à dégager certaines options générales, en particulier pour ce qu'il en est de l'utilisation éventuelle de l'interprétation.

Mais même si ce dernier point apparaît comme manifestement important ce n'est pas le seul qui le soit et nous profiterons, dans ce chapitre, de son étude pour ^{en}envisager d'autres, à travers les citations des auteurs.

Il est d'abord un certain nombre de points sur l'attitude générale de l'animateur pour lesquels la plupart des auteurs semblent d'accord :

M. BALINT (17) s'exprime, par exemple ainsi :

"Le comportement du leader du groupe est peut-être le facteur le plus important. Il est à peine exagéré de dire que s'il trouve l'attitude correcte à adopter, il enseignera plus par son exemple que par toutes les autres méthodes combinées. En définitive, la technique que nous préconisons repose exactement sur la même façon d'écouter que celle que nous demandons aux médecins d'apprendre, puis de pratiquer avec leurs patients.

En permettant à chacun d'être lui-même, de s'exprimer à sa propre manière et à son heure, en attendant le bon moment -c'est à dire : ne parler que lorsqu'on attend véritablement quelque chose de lui et en exprimant son point de vue sous une forme qui , au lieu de prescrire la bonne technique, ouvre aux médecins les possibilités de découvrir par eux-mêmes une des bonnes techniques pour traiter les problèmes du patient- le leader peut dans la situation hic et nunc, faire clairement ce qu'il entend enseigner.

Il va de soi que personne ne peut se conformer entièrement à l'exigence de ces standards. Par bonheur, il n'est pas besoin de perfection. Le leader du groupe peut commettre des erreurs -en fait cela arrive souvent- sans provoquer des dégâts considérables s'il est capable d'accepter des critiques aussi vives, voire acerbes que celles que le groupe a à supporter.

Il faut veiller très soigneusement à ce que tout se passe bien ainsi et toute hésitation du groupe à exposer les erreurs du leader doit être mise en évidence. Bien entendu, cette liberté ne peut se développer si le leader essayer d'esquiver les critiques ou d'expliquer ses défaillances pour les excuser."

D. BRAUNSCHWEIG, R. DIATKINE, E. KESTEMBERG, S. LEBOVICI dont nous exposeront les vues beaucoup plus en détails par la suite expriment aussi une opinion largement partagée : "le psychanalyste travaillant dans un de ces groupes de formation ne devrait pas se livrer, croyons-nous, à une attitude interprétative analogue à celle qui est la sienne au sein de la situation psychanalytique individuelle par plus qu'il ne saurait utiliser sa position d'écoute plus ou moins silencieuse d'une façon identique."
(56)

Nous aurons l'occasion, dans les lignes qui suivront, de retrouver bien d'autres points communs même si certaines opinions divergent quant à l'utilisation de l'interprétation. Envisageons dès maintenant ce problème.

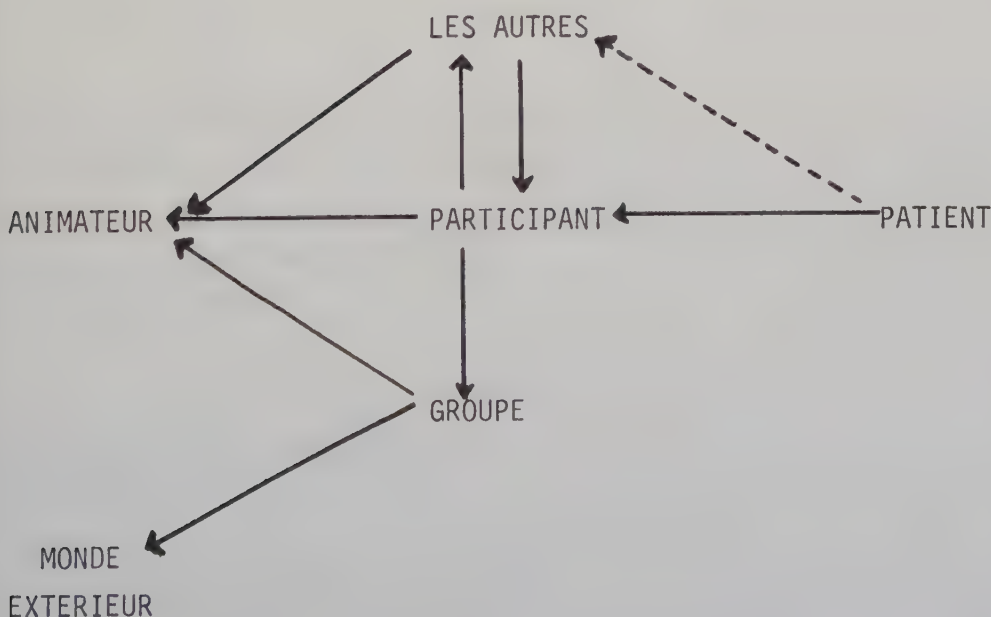
B - LE PROBLEME DE L' INTERPRETATION

A. BEJARANO (25, 26) a décrit dans tout groupe quatre objets transférentiels :

- trois objets intérieurs au groupe :
 - . le moniteur ou animateur (transfert central)
 - . les autres, les participants (transferts latéraux)
 - . le groupe en tant que tel (surtout décrit depuis *PONTALIS*)
- et un objet extérieur : le monde extérieur.

Le groupe de discussion de cas peut se décrire lui-même comme un système multitransférentiel mais avec une complexité accrue surtout s'il se forme à l'intérieur d'une institution.

On peut concevoir un schéma minimum comme suit :



Il faut tenir compte du fait que pour sa clarté nous n'indiquons les phénomènes transférentiels possible que dans un seul sens par rapport à chaque binôme relationnel alors que nous savons que toute situation contretransférentielle comporte sa part de transfert. La flèche en pointillés entre *"patient"* et *"les autres"* correspond à une situation où le patient est en relation avec plusieurs des participants du groupe : cas d'un groupe intrahospitalier par exemple.

De même dans ce dernier cas conviendrait-il de préciser ce que peut représenter le monde extérieur : collègues de l'équipe, éléments hiérarchiques non-participants, autres services, administration, institution elle-même ou encore monde extérieur extrainstitutionnel.

Par ailleurs si on admet comme dans le courant de psychothérapie institutionnelle que l'animateur puisse être l'objet d'un *"transfert institutionnel"*, une autre flèche pourrait être alors représentée. Le terme patient est entendu ici au sens large (valant tout autant pour le domaine social, par exemple, que pour celui de la santé).

Ce schéma est évidemment très réducteur vis à vis de la complexité relationnelle qui préside à la situation et sa seule prétention n'est vraiment que de mettre en avant quelques points de repère importants.

Comme dans le chapitre de description et de fonctionnement général du groupe de discussion de cas, nous allons d'abord exposer les vues de M. BALINT, en particulier d'après ce qu'il en dit dans l'annexe I de son ouvrage *"le médecin, le malade et sa maladie"* consacrée à la technique de l'animateur.

I - LES VUES DE M. BALINT

"J'ai dit plus haut que les moyens pour lesquels le médecin utilise sa personnalité, ses convictions, son savoir, ses modes habituels de réactions, etc... tout ce que l'on peut résumer par le terme de "contre-transfert" constitue le matériel le plus important de notre formation.

Dans le cadre de notre formation, ce "contre-transfert" se présente sous trois aspects que nous utilisons à des degrés divers dans notre plan de travail, ce sont :

1°/ - la relation médecin-patient

2°/ - la relation médecin-leader du groupe

3°/ - la relation médecin-groupe."

Dégageons ces trois chapitres du texte de M. BALINT

1°/ - LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Son étude représente la partie principale du travail courant du groupe :

"Ce qui se produit au cours de nos séminaires, c'est que le médecin prend conscience -et même comprend jusqu'à un certain point- son engagement personnel et ses résistances dans la relation avec son patient et avec le reste du groupe.

A cet égard, je voudrais souligner encore l'importance du facteur temps... Les (les participants) devancer émotionnellement et le montrer d'une manière prématurée crée une atmosphère de supériorité-infériorité dans laquelle s'institue l'enseignement mais qui est préjudiciable à la formation...

... Quelles que soient les réaction du groupe, les émotions qui se produisent chez le rapporteur comme dans son auditoire doivent être acceptées et considérées comme les expressions des processus inconscients activés par le contenu du rapport. A partir du moment où le médecin a acquis suffisamment de liberté pour observer, éprouver et finalement pour écouter les discussions dans le groupe au lieu d'essayer anxieusement de comprendre les dynamismes psychologiques de ses patients, il peut commencer à être attentif dans sa propre pratique aux phénomènes de transfert et de contretransfert qui se produisent entre son patient et

Un fait très important est que les discussions de groupe -ainsi, à ce point de vue, que les séances de contrôle- permettent d'observer simultanément comment les médecins se comportent lorsqu'ils détiennent eux-mêmes l'autorité et lorsqu'ils sont en face de quelqu'un d'autre qui la détient ...

En fait ce ne sont que les deux faces d'une même relation, et ainsi comprises, elles acquièrent inévitablement une signification simultanée."

Dans un autre paragraphe, il précise :

"Si on néglige entièrement d'examiner ces différentes formes de relations transférentielles et contre-transférentielles le patient dont on discute le cas peut se trouver de plus en plus enchainé à son médecin, très souvent d'une manière stupéfiante, et le médecin ignore fréquemment ce qui a provoqué cette situation. Ce qui s'est probablement produit c'est que le patient s'est trouvé lié non seulement à son médecin mais aussi avec l'ensemble du système de formation du médecin et toute l'ambivalence qui en découle.

Cette difficulté, bien que sans doute la plus importante, n'est naturellement pas la seule que rencontre un patient dont le médecin suit un enseignement."

En fait si l'objet de l'interprétation est clairement désigné dans les textes ci-dessus, l'utilisation même de l'interprétation et ses limites restent encore floues.

M. BALINT qui en a, bien sûr, tout à fait conscience, va s'attacher à préciser ces points dans un dernier paragraphe où il utilise la comparaison avec le système de formation psychanalytique.

Le texte et la lecture des compte-rendus de discussions de cas (et tout particulièrement celui du chapitre XV) nous conduisent à penser

que dans sa pratique, cet auteur centrait avant tout l'étude de cas sur la relation patient-participant en ne donnant de véritables interprétations qu'à propos du "transfert" du patient sur le participant.

Le "contre-transfert" du patient n'était d'abord utilisé qu'en tant qu'il était induit par le patient et que ce qu'il véhiculait permettait de comprendre ce "transfert". M. BALINT n'interprétait jamais, semble-t-il, ce qui relevait dans ce "contre-transfert" de la personnalité même du rapporteur.

Ceci ne l'empêchait pas, par contre, de susciter chez les participants, par des remarques qui respectaient suffisamment leur narcissisme, une interrogation à ce sujet, par exemple à travers *"le contraste entre les méthodes individuelles d'un médecin et celles de ses collègues dans le groupe."*

Il est en fait bien évident qu'un travail en profondeur à ce niveau là ne pouvait véritablement s'envisager en situation qu'à travers une élaboration progressive du transfert des participants, entre autres sur l'animateur.

2°/ - LA RELATION MÉDECIN-ANIMATEUR

"Nous utilisons la relation médecin-leader du groupe très parcimonieusement, car nous essayons d'éviter dans la situation de groupe toute discussion des émotions de nature personnelle et intime ; autrement dit nous évitons que le groupe se transforme en une entreprise ouvertement thérapeutique. Pour y parvenir, le leader tend dans toute la mesure du possible à se fondre dans le groupe. L'interprétation constante des sentiments transférentiels toujours présents, toujours changeants, des divers participants concentrerait encore davantage les émotions sur le leader comme il advient dans tous les groupes thérapeutiques."

Nous connaissons tous les conséquences de ces interprétations constantes. Les émotions transférées -sauf peut-être à la toute dernière phase de la situation thérapeutique- s'intensifient et deviennent de plus en plus primitives.

En appliquant notre méthode, nous essayons d'éviter ce genre d'évolution, bien que nous sachions parfaitement qu'il est difficile d'y parvenir complètement. Le leader du groupe est inévitablement singularisé en égard à la place et à la fonction qu'il occupe et une grande quantité d'énergie émotionnelle se trouve investie sur sa personne. Ce fait doit être reconnu et accepté, mais nous nous gardons de l'interpréter en détail. Les quelques cas où nous avons dû l'interpréter ont été exceptionnels et nous ne savons pas si ces interprétations auraient pu être évitées par une technique plus habile, c'est à dire en accordant plus d'attention au contre transfert apparaissant dans d'autres domaines.

Néanmoins l'importance de cette relation ne doit pas être sous-estimée. Le leader du groupe représente les standards que le système de formation vise à réaliser. Chaque fois qu'il interroge un malade, le médecin a constamment présent à l'esprit le leader du groupe. Ainsi l'entretien, qui dépend de l'attitude émotionnelle réelle du praticien, est mené de façon à le mettre en valeur, à lui prouver qu'il a tort, ou, pour montrer qu'il a bien appris sa leçon et qu'il peut se passer du leader, ou encore que son opinion était la plus juste et la plus profonde etc...

Bien entendu ces mêmes attitudes émotionnelles colorent les rapports présentés au groupe."

Michael BALINT indique donc le côté tout à fait exceptionnel dans sa pratique, de l'utilisation de l'interprétation dans la relation participant-animateur mais en fait aussi groupe-animateur (comme il sera précisé plus loin).

Il justifie ce choix par le désir de ne pas laisser évoluer "l'entreprise" vers une psychothérapie de groupe au sens habituel du terme. Autrement dit il exprime là, semble-t-il, son désir de ne pas laisser s'intensifier la dynamique de "groupe de base" (présente, rappelons le, de façon plus ou moins manifeste dans tout groupe) en même temps que s'opérerait un glissement de fonction du "groupe de travail" de l'étude du cas du patient à celle de celui d'un ou des participants.

Plus exactement ce glissement s'opérerait à partir d'une position qui inclut l'étude du cas du patient mais aussi partiellement déjà et indirectement celle du cas d'un ou des participants (en particulier en tant que groupe).

3°/ - LA RELATION MÉDECIN-GROUPE

M. BALINT parle plus particulièrement du phénomène évoqué plus haut de "singularisation d'un des membres hors du groupe".

On peut déjà le repérer dans deux situations particulières :

- *"Lorsque le groupe, pour quelque raison, hésite ou fait taire ses attaques pour épargner le médecin qui présente un rapport; dans ce cas la technique correcte est d'interpréter l'hésitation ou l'excessive gentillesse du reste du groupe et non de critiquer le médecin-rapporteur."*
- *"Il est plus difficile de manier la situation inverse où, après la présentation d'un rapport, le groupe se montre hyper-critique ou adopte une attitude réprobatrice d'indifférence et de non coopération."*

Il dégage plusieurs causes possibles et non exclusives l'une de l'autre à ces phénomènes :

- Différence de niveau de développement en ce qui concerne la compréhension émotionnelle de la relation médecin-patient :
"On peut traiter cette situation, par différentes méthodes qui toutes équivalent à une sorte d'interprétation. Le leader peut montrer comment se comporte le groupe par son propre comportement qui doit être bien entendu, aussi imperturbable que possible et en tout cas sans irritation. Si cela ne suffit pas, il peut opposer le travail du médecin-rapporteur et celui du reste du groupe, montrer en quoi ils diffèrent et quelle est la signification de cette différence. Habituellement cette première tactique suffit..."

- Sentiment d'insécurité important d'un participant, plus ou moins lié au mécanisme précédent et qui peut s'accompagner dans la relation du cas d'une véritable scotomisation de tous les éléments signant les difficultés propres du praticien jusqu'à l'arrivée d'une crise devenue inévitable, cause d'amertume et de déception pour son rapporteur.

"Le retrait plus ou moins accusé hors du groupe" en constitue une autre modalité :

"Le médecin n'expose presque plus de cas et limite sa participation à des commentaires acides qui trahissent son amère déception à l'égard de la psychothérapie ou bien il se borne à une répétition automatique, stérile, d'un commentaire toujours le même. Dans ce cas le médecin présente de solides formations réactionnelles défensives..."

"Actuellement notre méthode pour traiter cette situation consiste à faire confiance au temps, dans l'espoir que le développement du reste du groupe tirera le médecin "singularisé" de sa retrait. Cette tactique n'est ni bonne ni mauvaise ; elle nous a permis d'obtenir un petit nombre de succès, mais nous pensons que le temps ne suffit sans doute pas à résoudre la situation lorsqu'il s'agit de médecins qui souffrent d'in-

sécurité véritable. Nous ne sommes pas très surs de ce qu'il faut faire, car une interprétation proprement dite de la situation d'ensemble dépasserait les limites que nous nous sommes assignées, autrement dit, elle nous entraînerait vers la thérapeutique, au-delà des frontières de la formation."

Il est certain que les situations exposées là évoquent bien, au-delà de facteurs strictement personnels chez les participants, la problématique du clivage du transfert en particulier à travers les phénomènes de "bouc émissaire" et de "leadership implicite" tels que les décrit et les analyse A. BEJARANO (25, 26) ou D. ANZIEU (11).

M. BALINT pose là un problème important; conscient du caractère de globalité que prend par certains côtés ce phénomène de "singularisation", en particulier dans le cas du "silencieux", il choisit, non sans un doute, de ne pas interpréter la dynamique individuelle et groupale sous-jacente pour les mêmes raisons qui lui avaient fait repousser l'interprétation de la part strictement personnelle du "contre-transfert" du participant vis à vis du patient et du transfert du participant sur l'animateur.

Il est clair qu'un travail en profondeur des participants sur leur propre personnalité nécessiterait une psychothérapie ou une cure analytique individuelle ou de groupe, extérieure au groupe de formation. Sur ce point tout le monde est d'accord.

Comme nous l'avions évoqué plus haut, une question, déjà issue des travaux de BION, se pose toutefois à l'animateur du groupe de discussion de cas : n'est-il pas utile sinon indispensable à certains moments de "blocage" (et nous laissons pour l'instant son caractère flou à ce terme) de la "fonction de travail" du groupe d'utiliser des interprétations de certains éléments transférentiels revécus en situation de formation. Ces remarques sinon les avertissements de M. BALINT nous conduisent bien entendu à la faire suivre d'une autre question :

Cette utilisation éventuelle n'entraînera-t-elle pas nécessairement le glissement qualitatif irréversible de la fonction initiale de travail du groupe vers une autre "*fonction de travail*" spécifique à la psychothérapie ?

Sinon n'y-a-t-il pas là la voie d'un approfondissement non négligeable de la valeur formative de la méthode ? On peut penser en effet que, si le groupe y trouve un réel bénéfice dans sa fonctionnalité spécifique, le participant y trouvera lui aussi bénéfice directement et indirectement au niveau de sa personnalité.

Les réponses à ces questions ne sont pas univoques et ce n'est pas, cette fois, l'accord général même si tout le monde s'entend pour dire comme M. BALINT que l'animateur n'a pas à interpréter les éléments individuels du transfert de tel ou tel participant sur lui-même.

Sans répondre directement à ces questions certains auteurs, outre M. BALINT, ont fait des choix techniques dont nous allons nous faire l'écho après avoir défini les conditions d'une éventuelle interprétation sur l'"ici" du groupe; on ne trouvera donc pas ici de solution unique et définitive, mais plutôt, nous l'espérons, les éléments d'un questionnement.

II - L'INTERPRETATION DE L' "ICI" DU GROUPE

A - LES "INSTRUMENTS" D'UNE EVENTUELLE INTERPRETATION

1°/ - LES RÈGLES OPÉRATIONNELLES

L'utilisation de l'interprétation dans le sens et la situation indiqués ne saurait, comme l'a bien montré H. EZRIEL (67, 68) être identique à celle qui en est *faite* dans la cure psychanalytique individuelle. Il y aurait là, en effet, à respecter deux règles essentielles et spécifiques :

1°/ - DANS LE GROUPE L'INTERPRETATION A À SE CENTRER SUR L'"ICI" ET
"MAINTENANT"

Nous citerons D. ANZIEU (9) : "le moniteur d'un groupe de formation ne saurait, faute d'information et faute d'une demande de la part des sujets * comprendre la vie du groupe en la situant par rapport aux diachronies individuelles des participants. Ce champs de l'interprétation lui est fermé. De ce point de vue, la situation du groupe de formation, si éprouvante par ailleurs pour les participants par la mise en question de l'unité et de l'identité de leur moi, leur offre ici un abri précieux contre les intrusions redoutables d'un esprit clairvoyant dans leur monde intérieur le plus secret. Cette raison fait d'ailleurs qu'un "groupe" (thérapeutique, formatif, occupationnel) est mieux indiqué pour tous les cas pathologiques qui ne sont pas en état de supporter un face à face individuel, et donc d'en tirer profit.

Cette même raison explique aussi que le fait d'être en groupe soit fréquemment utilisé par des stagiaires en formation pour se défendre de toute implication personnelle véritable et pour se protéger de l'interprétation individuelle ressentie comme trop "pénétrante"...

Un double champ s'ouvre à partir de là à l'interprétation. Il s'agit d'une part des productions communes qui résultent dans le groupe de la dynamique inconsciente transindividuelle et actuelle : résistances, inhibitions, transfert sur les quatre types d'objets, idéologies, mythes ; et d'autre part des relations mutuelles d'identifications et de projections qui s'établissent entre les membres et qui sont tantôt productrices de cette dynamique et tantôt produites par elle".

2°/ - L'INTERPRETATION DOIT ETRE CENTREE SUR LE GROUPE ET PRECISEMENT
SUR "LA TENSION COMMUNE AUX FANTASMES INDIVIDUELS" (EZRIEL)

"EZRIEL a énoncé là une règle aussi essentielle que la précédentes

* souligné par nous

te. Sa formulation appelle toutefois deux restrictions. En premier l'interprétation centrée sur le groupe ne touche pas tous les participants dans leur inconscient individuel, mais seulement ceux d'entre eux dont les fantasmes, les angoisses, les conflits, s'accordent les plus avec la tension commune : la notion de "résonnance inconsciente" (FOULKES, 73) est ici essentielle. *

En second lieu, requérir que l'interprétation se centre sur le groupe n'exclut pas, bien au contraire, qu'elle mette en évidence la part éventuellement prépondérante prise par un inconscient individuel dans le déclenchement de la fomentation fantasmatique au sein du groupe ou dans la lutte contre elle. S. H. FOULKES (74, 75, 77) a apporté depuis longtemps à la psychothérapie de groupe ce correctif indispensable : lorsque le problème particulier d'un patient d'un groupe pose des problèmes particuliers au groupe il convient à l'occasion d'utiliser tantôt le problème particulier d'un individu pour éclairer le problème collectif actuel et tantôt d'utiliser un phénomène de la dynamique du groupe pour faire comprendre quelque chose d'essentiel à un individu sur son conflit défensif.

Ce correctif demande, selon nous, à être généralisé à tous les groupes. Il ne s'agit évidemment pas, pour le moniteur d'une session de formation, de traiter d'un cas personnel isolément devant le reste du groupe, ainsi transformé en spectateur-voyeur d'une cure ou d'un entretien individuels. Le travail avec un groupe requiert qu'un cas personnel soit toujours saisi et replacé dans la psychodynamique de l'interaction entre le groupe et l'individu." D. ANZIEU (9)

2°/ - LE "GARANT SYMBOLIQUE"

Toute interprétation, par ailleurs, ne peut "prendre corps" que par rapport à un système de règles (d'une autre nature que les précé-

* sur cette notion voir l'intéressante *formulation* d'A. BEETSCHEN, R. ROUS-
SILLON et F. BRETTE (23)

dentes) qui "opère en tant qu'institution symbolique. C'est lui qui exerce dans les groupes de formation la fonction instituante, et c'est en se référant explicitement ou implicitement à lui que le moniteur assure sa part de cette fonction." D. ANZIEU (11)

En effet "ce n'est que par l'énonciation d'une règle et par l'interprétation de ce qui se manifeste à la faveur des écarts à la règle que s'établit le champ du travail psychanalytique." R. KAES (116)

L'équipe du C.E.F.F.R.A.P. s'est particulièrement attachée à préciser la spécificité par rapport à la situation de cure individuelle de ce qui fonctionne comme "garant symbolique" dans certains types de groupes thérapeutiques ou/et formatifs. Nous ne rappellerons pas ici tous les développements apportés à cette notion fondamentale (dans tous les sens du terme) et nous essayerons seulement de définir ce qui pourrait en constituer le contenu dans le cas d'un groupe de discussion de cas.

En prenant l'exemple d'un "groupe BALINT" classique formé de médecins généralistes et/ou spécialistes travaillant habituellement indépendamment les uns des autres et sans autre relation avec l'animateur que celle qu'ils ont dans le cadre de ce groupe de formation, il serait possible, en reprenant l'inventaire qu'en fait D. ANZIEU (10, 12) pour le cas d'un groupe de diagnostic, d'envisager les règles suivantes :

- la règle de verbalisation ("notre activité ici est la parole") complétée par ce qui serait celle d'une "libre" verbalisation orientée et médiatisée (vous êtes invités à exposer le cas d'un patient en vous exprimant librement sur ce que vous vivez dans la relation avec lui, le reste du groupe aura à exprimer les remarques que ce récit lui "inspire").
- la règle de l'"ici et maintenant" ("les réunions se tiennent aux lieux et aux heures prévus").

- la règle d'abstinence (*"en dehors des séances l'animateur ne participe ni aux conversations ni aux activités des participants"*).

Il est entendu que le volet de cette règle qui voudrait que l'animateur *"ne participe pas aux échanges verbaux qui ont lieu dans le groupe quand ceux-ci se rapportent à autre chose qu'à l'expérience vécue ensemble"* ne s'appliquerait pas ici.

Par contre l'éventualité, si nécessaire, d'un entretien personnel à but psychothérapique n'a, bien sûr, nullement à être écartée et d'autre part comme le rappelle D. ANZIEU : *"l'abstinence n'implique pas la rigidité et n'exclut pas les rapports sociaux courants et spontanés."*

Cette règle n'a peut être pas à être explicitée, il est certain que son respect implicite par l'animateur en est l'élément important.

- la règle de discrétion : elle serait là à formuler suivant un double volet et dans des termes n'insistant pas sur le caractère essentiellement intime des communications; il ne s'agit pas, en effet, de favoriser d'emblée un renforcement défensif lié, entre autres, à la culpabilité inhérente à la réactivation de désirs voyeuristes ou exhibitionnistes.

On pourrait par exemple la formuler ainsi : *"Comme il vous est habituel d'observer vis à vis de l'extérieur une certaine discrétion quant aux problèmes de vos patients, il est souhaitable que la même règle s'applique par rapport à ce qu'il en sera dit ici ; elle aura de même à s'appliquer au sujet des membres de groupe en particulier dans l'éventualité de communications plus personnelles"*.

- La règle de restitution : là encore deux volets, l'un centré sur le cas du patient, l'autre sur le groupe.

B - DIFFERENTS MODELES THEORIQUES

Un certain nombre de praticiens expérimentés se sont exprimés sur leur technique propre et sur l'utilisation ou non qu'ils font de l'interprétation d'éléments transférentiels de l'"ici et maintenant" du groupe, nous allons nous en faire l'écho.

Est-il nécessaire de rappeler que tous, à l'exemple d'ailleurs de M. BALINT, proscrivent l'intervention interprétative personnalisée à caractère diachronique ne serait ce que pour éviter aux participants (le cas de contrôle psychanalytique est bien particulier et à mettre à part) *"une blessure narcissique, presque toujours génératrice d'angoisses, impropres à apporter la sécurité dont il a besoin à celui qui s'essaye à posséder la maîtrise d'une dimension nouvelle de son mode d'existence à l'autre."* (P. DUBOR -63)

Des échanges eurent déjà lieu lors des débats des trois premiers séminaires internationaux de psychothérapie de groupe organisés par P. B. SCHNEIDER (169, 170, 171) de même qu'au cours d'un séminaire tenu à PARIS (8-10 Novembre 1974) sur *"la méthode des cas dans la formation médicale et psychiatrique"* et à l'occasion des différents congrès internationaux sur les groupes BALINT.

Les opinions relatées ci-dessous n'engagent bien entendu leurs auteurs que pour l'époque et dans le contexte où ils les ont exprimées ; il nous a semblé par ailleurs intéressant de rapporter dans le même temps certaines de leurs réflexions sur le groupe de discussion de cas bien que parfois sans rapport direct avec le problème de l'interprétation tel que nous l'avons envisagé ci-dessus.

Pour cette étude nous avons choisi des textes tous extrêmement riches qui nous semblaient assez largement représentatifs de groupes d'auteurs et nous allons les présenter suivant ce que l'on pourrait désigner comme un *"gradient interprétatif"*.

Les citations plus ou moins longues qui seront faites ne représentent, bien entendu, qu'une très faible partie des textes originaux et nous ne pouvons qu'engager un lecteur intéressé par le sujet à une consultation plus exhaustive.

1°/ - NON-INTERPRETATION

G. GENEVARD (88) en 1963 s'est surtout attaché à faire une étude comparative entre la psychothérapie analytique de groupe et le groupe de discussion de cas ; il écrivait à propos du rôle de l'animateur de ce dernier :

"Le psychothérapeute de groupe de discussion doit, au début, veiller à aller au-devant des besoins des membres, c'est à dire répondre au désir d'être enseigné et renseigné..."

Cette attitude directive, active, suggestive provoque une relation de maître à élèves qu'il doit être contrôlée et dosée contre-transférentiellement par le thérapeute. En particulier cela ne doit pas le conduire à satisfaire des besoins narcissiques de toute-puissance et de prestance que la position de leader peut conférer facilement..."

Ce comportement du psychotérapeute se justifie dans les premiers mois du groupe, dans la mesure où il est désirable de renforcer un pré-transfert positif des participants sur lui...

*Le psychothérapeute doit avoir une formation lui permettant d'observer les mouvements transférentiels sans jamais les mentionner * et de pouvoir libérer les transferts négatifs sans être blessé narcissiquement.*

Une fois la cohésion du groupe acquise par la gratification des membres, le psychothérapeute commence à doser les frustrations...

* souligné par nous

Dans le groupe de discussion, l'attitude du psychothérapeute empêche (donc) l'apparition du transfert négatif inconscient de chaque participant. Au contraire, le rôle directif, oblatif du leader active le transfert positif conscient et aide au refoulement du transfert négatif inconscient.

Dans les deux formes de cure (groupanalyse et groupe de discussion de cas) le processus de dynamique de groupe a un effet thérapeutique (diminution de l'angoisse, déculpabilisation, valorisation personnelle, correction des tendances projectives par la confrontation à la réalité) ; il en découle un renforcement du Moi et un assouplissement du Surmoi plus ou moins important chez chaque sujet...

Alors que le psychothérapeute de groupe analytique favorise la libre association de pensée et de comportement le leader du groupe de discussion la freine et la réduit. Il doit veiller à empêcher l'expression d'affects trop profonds et toutes velléités de resurgence de souvenirs infantiles.

Cette catharsis doit être contrôlée et, si elle se produit, banalisée, généralisée afin d'apaiser la tension et l'angoisse qu'elle ne manque jamais de provoquer chez chaque participant...

Le fait de participer à un groupe de discussion est une expérience valable mais ce n'est pas un acte psychanalytique... il n'y a d'analyse réelle que s'il y a prise de conscience à la suite d'une interprétation psychanalytique dans le transfert."

Précisons, comme l'a rappelé P. JORDI (115), son rapporteur, que ce rapport avait été conçu "de façon délibérément schématique afin de clarifier les débats par l'exposé de positions définies auxquelles pouvoir se référer et prêter le flanc à une certaine controverse lors de la discussion." Celle-ci y fut, en effet, animée.

P. JORDI donnait, entre autres, à la réflexion cette idée d'une

adaptation nécessaire du rôle de l'animateur en fonction des "nouvelles demandes, expression de la structuration et de la maturation du groupe."

L'une des questions qui se pose certainement à la lecture du rapport GENEVARD et à l'expérience, pourrait se formuler ainsi :

"Est-il toujours possible de se dégager et surtout de . dégager le groupe de transferts négatifs parfois, intenses et paralysant, de provoquer suffisamment leur refoulement sans dommage, en endossant le rôle dévolu à l'image maternelle nourricière?"

2°/ - INTERPRETATION A DISTANCE ET SOUS FORME TRES SECONDARISEE

C'est la thèse que soutiennent les praticiens du centre A. BINET (D. BRAUNSCHWEIG, R. DIATKINE, E.KESTEMBERG et S. LEBOVICI, 46) dans un travail que nous avons là encore quelques scrupules à évoquer si partiellement au risque de le dénaturer :

"Après bien d'autres auteurs, il nous est apparu intéressant d'étudier, d'une part comment la situation de groupe infléchit et modifie avec un indice de réfraction, voire de distorsion, particulier les différents vécus individuels des sujets qui composent le groupe, d'explicitier d'autre part, comment la connaissance et l'appréhension de ces vécus individuels peuvent donner lieu à un maniement particulier de la situation de groupe qui tende à réduire les facteurs négatifs des interférences de ces vecus les uns par rapport aux autres pour en favoriser les effets favorables à une meilleure pénétration de l'enseignement ou de la formation..."

C'est donc dans ces limites précises -définies d'une part, par l'application de la connaissance psychanalytique à la compréhension des relations interindividuelles au sein des situations de groupe, d'autre part, par la non-application directe de la technique psychanalytique au maniement de ces situations- que va s'inscrire l'action du psychanalyste

dans un groupe de formation, du moins dans la perspective qui est la nôtre... Si l'on voulait définir la spécificité de son attitude, on pourrait en dégager les références suivantes :

1°/ - En tant qu'analyste, il est à l'écoute de ce qui se dit et de ce qui se vit, au sein du groupe, en dominant les effets du contre-transfert et en veillant au bien-être du groupe. Il réagit -sans les interpréter- * aux contraintes du discours au niveau de chacun des membres du groupe aussi bien qu'au niveau du groupe lui-même.

2°/ - En tant qu'origine de la confrontation entre les membres du groupe et lui-même qui dispose d'un autre instrument de compréhension, il peut dire ce qu'il a compris. Mais il ne doit pas dire tout ce qu'il comprend, ce faisant il risquerait de verser dans "l'analyse sauvage" dont les conséquences seraient encore plus nuisibles dans un groupe que dans un colloque singulier. D'où l'utilité de s'expliquer plus tard, à distance, sous forme de "l'à-propos" qui se réfère à un matériel qui a perdu son caractère personnel. *

3°/ - Enfin, il se montre tel qu'il est, avec sa bienveillance sa tolérance, sa retenue, sa franchise... et aussi ses faiblesses, se gardant d'être l'image d'un Surmoi rigide, mais aussi d'un Idéal du Moi totalement inatteignable...

Un obstacle majeur s'oppose à la réalisation de ces plans ambitieux : le groupe n'oublie pas que le leader est un psychanalyste et son mouvement identificatoire "être comme" ne lui fait pas oublier qu'il désire la puissance idéalisée à cause même de la crainte de castration déplacée par chacun dans l'exercice professionnel.

Il va sans dire que seule une attitude humaine sincère de la part du psychanalyste peut réparer cette constante blessure.

* souligné par nous

Au psychanalyste on prête ensuite, par un système projectif simple à comprendre, puissance sexuelle et liberté érotique. Il est celui qui transgresse les tabous, d'où un danger supplémentaire de l'érotisation de la situation. Là encore son attitude profonde est seule susceptible de remédier à cette situation dangereuse, puisque nous avons admis que le transfert ne devait pas être interprété. Mais il lui appartient de veiller à ce que cette projection n'implique pas les autres membres du groupe. Dans de tels cas il pourrait à la rigueur manipuler les manifestations du transfert de groupe, en prenant en charge les pulsions déplacées * et en assumant la situation comme un exemple chargé de projections équivoques dont il se trouve l'objet...

Un autre danger consiste à laisser trop longtemps se développer des formations réactionnelles communes au groupe. Par exemple, il est fréquent de voir des parents (dans le cas de groupe de parents) trouver le plus grand intérêt à se plaindre du personnel enseignant. Il est clair que ce sujet passionnera d'autant plus les parents, en traitement de groupe, qu'il s'agit d'absents sur lesquels il est facile et anodin de réaliser partiellement des desirs agressifs dont l'objet est tout autre**...

Tout ceci conduit à la conclusion prévisible que le psychothérapeute ne doit pas se contenter d'un rôle d'écoute, ni limiter ses interventions à celles relatives au groupe. S'il veut faire oeuvre utile, il doit être très actif, très présent, relançant le débat sur les thèmes devant nécessairement intéresser tous les parents présents... nous ne croyons pas que la dynamique de groupe, simplement commentée ou interprétée par un thérapeute n'ayant pas un rôle activement orienté puisse de son propre mouvement aboutir au résultat souhaité..."

Plus loin les auteurs précisent encore leur technique :

* souligné par nous

** N.D.R. nous aurons l'occasion dans les exemples cliniques qui suivront au chap. III de voir d'autres exemples de ce processus.

"Le maniement identificatoire est donc, nous semble-t-il, l'élément le plus important dans la technique de conduite de ces groupes particuliers. Sans doute n'est ce pas que de cette prévalence qu'il tire quelque spécificité. Nous en isolerons deux aspects :

I - Les phénomènes transférentiels -directs et latéralisés (ces derniers reçoivent une réponse de la part des autres participants) généralement exprimés au travers des processus associatifs- sont certes compris par le leader mais il ne les explicite, quand il y a lieu, qu'en termes très secondarisés.

Il renvoie en tout cas les sujets à eux-mêmes de telle sorte qu'il les met dans une situation de thérapeute. Ce faisant il utilise, pour le détruire, le prestige dont il est projectivement nanti et s'expose, dépouillé de la protection du rôle d'analyste, en fournissant face à face un enseignement, des explications, des exemples tirés de sa propre expérience. Son but est la réduction, le nivellement de son personnage.

II - La confrontation est médiatisée par l'examen de situation où chacun est dans sa technique particulière, d'égale valeur, égale aussi à celle du leader qui, ne possédant que sa technique spécifique, accepte de s'instruire en écoutant les autres avec intérêt en s'identifiant à eux."

Le texte original est illustré de plusieurs exemples cliniques qui mettent en évidence la double démarche préconisée par ses auteurs: "compréhension des phénomènes inconscients sous-tendant le discours hic et nunc et le niveau très secondarisé de l'explication de ces phénomènes au service des buts fonctionnels conscients du groupe instauré."

Ce second temps apparaît là comme spécifique par rapport au texte précédent.

Mme. KESTEMBERG (124), dans la discussion du rapport qu'elle avait présenté au III^e séminaire international de psychothérapie de groupe et qui reprenait les grandes lignes du texte ci-dessus cité, avait insisté sur l'importance du premier temps comme déjà efficient en ce sens que, comme pour l'exemple de la cure, ce qui importe avant tout *"au-delà du déchiffrement de la lecture de l'inconscient, c'est la rencontre de l'insight de l'analyste avec l'insight de l'analysé dans le moment précis où il se trouve de son processus analytique."*

L'attitude directement inspirée de celle de M. BALINT que propose M. SAPIR, J. M. ALBY; N. ALBY et S. LEON-COHEN nous semble assez voisine de ces deux premières positions.

Nous avons donc pu remarquer, en particulier dans le cas toujours difficile de la concentration d'éléments transférentiels hostiles sur l'un des membres du groupe, que les auteurs pouvaient envisager à titre tout à fait exceptionnel une interprétation à la fois de recentration et de dégagement, et ceci dans un but protecteur.

Des praticiens, en fait très proches de la démarche de ceux du Centre Binet semblent envisager la dernière hypothèse de façon moins exceptionnelle :

3°/ - INTERPRÉTATION RARE, DITE DE "DEBLOCAGE" DU PROCESSUS ÉVOLUTIF

Nous avons vu les fondements théoriques de ce type d'interprétation dans des cas tels que celui évoqué ci-dessus. Certains, donc, tout en faisant une utilisation très parcimonieuse semblent y avoir recours avec toujours cette idée que *"l'explication consciente d'un phénomène groupal n'est jamais un objectif en soi ; il ne peut être que la conséquence spontanée de l'expérience de l'inutilité de la défense groupale."* Cf. MERTENS de WILMARS (150)

C'est l'option qui transparait ou qui est parfois clairement exprimée dans l'ouvrage collectif de J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET et M. MARIE-CARDINE (101), dans les interventions de P. JORDI, P.C. RACAMIER, G. GARRONE, R. BATTEGAY... et les rapports de Ch. DURAND et Cl. CHERPILLOD (66) ou J. BERGERET et J. GUYOTAT (39) lors des séminaires internationaux dont il a déjà été plusieurs fois question.

Ch. DURAND et Cl. CHERPILLOD, par exemple, décrivent deux phases dans l'évolution du groupe de discussion : une première phase ou période de structuration qu'en ce qui concerne la technique de l'animateur nous pourrions appeler aninterprétative avec une valorisation assez systématique des interventions, une seconde phase ou période de "dynamisation" évoquant parfois d'ailleurs, dans la description de certains moments "l'illusion groupale" telle que l'a définie D. ANZIEU (6, 11) et pendant laquelle "des interprétations au niveau de la situation transférentielle du groupe, peu rentables et inapplicables au début deviennent possibles ... elles permettent d'agir efficacement sur d'éventuelles défenses de groupe. On peut même se demander si parfois une attitude purement analytique (avec interprétation dans le transfert) ne peut pas dans une certaine mesure faire rapidement évoluer un groupe de discussion à la condition que le leader sache parfaitement pourquoi il le fait, dans quel but, et à quel stade de l'évolution."

Dans le cadre des groupes de formation aux soins aux mourants (cf. plus haut) qu'ils ont coanimés M. BERGER et A. BEETSCHEN mentionnent : "enfin il faut préciser que l'ensemble de ce cheminement s'est fait à un niveau autant groupal que personnel, et qu'il a été nécessaire, pour qu'il se produise, d'interpréter à plusieurs reprises, les sentiments des membres du groupe dans le transfert, c'est à dire par rapport aux animateurs."

Leur position nous semble assez proche de celle qui va nous occuper maintenant; en effet une tentative de systématisation précise de ce type d'intervention a été faite et nous allons la rapporter.

4°/ - INTERPRETATION SYSTEMATISEE

Rappelons tout d'abord la formulation de D. ANZIEU (9) quant à la nécessité qu'il voit à l'interprétation du transfert dans toute situation de formation (mais non d'information) : *"Tant que le transfert mobilise les pulsions restées en état de stase et qu'il produit de lui-même, chez les participants, les remaniements nécessaires dans les identifications et par contrecoup dans leurs attitudes intérieures il constitue l'élément moteur, nécessaire et suffisant, de formation tout comme il est par ailleurs le moteur de la cure. Mais lorsque le transfert incarne la résistance comme BEJARANO l'a montré, et qu'il passe au service de l'automatisme de répétition, le processus de changement -qu'il soit formatif ou thérapeutique- est bloqué. De même qu'un conflit défensif peut durer toute la vie s'il n'est pas analysé, de même ce blocage peut continuer interminablement, tant que l'interprétation correcte n'aura pas été trouvée et donnée. Ceci nous semble une règle générale pour tous les groupes de formation, indépendamment du type d'activité qui leur est proposée."*

M. MATHIEU (144, 145, 146, 147) s'est particulièrement intéressé aux problèmes du groupe de discussion de cas ; il a animé de nombreux groupes entre autres avec élèves assistantes-sociales, puéricultrices, éducatrices, conseillères conjugales... et il propose à notre réflexion un certain nombre de considérations théoriques, fruits de l'élaboration du matériel de ses expériences :

"Ce que je veux développer ici (146) c'est le point que mon interrogation avait hissé en suspens (145) : l'interprétation du transfert dans le groupe. En effet j'ai commencé ma pratique en le négligeant, tout au moins sans bien savoir quand et où je devais l'utiliser. Je crois que le modèle BALINT y est pour quelque chose ; et aussi l'illusion pour le débutant, que la formation par le groupe n'a pas à loucher dans les eaux transférentielles."

Puis j'ai été pris d'un doute, et il m'est apparu progressivement que l'éclétisme d'une solution de compromis était tanguer dangereusement. Car le plus souvent, le cas discute par le groupe (ou le thème du jeu dans le psychodrame) fonctionne comme un symptôme. Je veux dire qu'il reflète les tensions que le groupe vit dans sa relation fantasmatique au moniteur. Et de même qu'en psychothérapie l'enfant répète indéfiniment le même dessin ou le même jeu tant que ne lui a pas été révélé le sens qu'il met en scène, de même le groupe n'évolue pas si ne lui est pas déchiffrée la signification du matériel qu'il apporte.

Naturellement, comme à propos de tout matériel transférentiel, il importe de choisir le moment propice du dévoilement des affects.

Ces restrictions faites, je pense qu'une première justification* de l'interprétation du transfert sur le moniteur en découle : à savoir chaque fois qu'un cas étudié répète une tension fantasmatique commune, déjà repérée et non liquidée. Une deuxième justification serait l'apparition du phénomène du cas dit insoluble, parfait réellement ou "à envoyer au psychiatre ou au psychanalyste" parfois légitimement. Enfin je verrais une dernière justification dans les réticences que peut provoquer un cas en cours d'élucidation par le groupe : arrêt de travail en commun, fuite vers un autre sujet, non utilisation du matériel disponible. Dans mes observations cliniques, ces trois formes de résistances se trouvaient intriquées, sans que je puisse exactement en donner les proportions."

Sur la question du "comment" de l'interprétation, il indique d'une part qu'il s'est constamment référé aux deux règles dégagées par H. EZRIEL et aménagées dans le sens où D. ANZIEU l'exprimait (cf. plus haut), et d'autre part la prudence où il s'est tenu "en l'occurrence de ne dégager des implications génitales et pré-génitales que le mécanisme et non le contenu."

* souligné par nous

Il indique par ailleurs que bien souvent l'interprétation ne portait qu'au niveau du transfert sur l'objet groupe et non pas au niveau de celui sur la personne de l'animateur. A propos des apports didactiques qui se voudraient *"injections"* et non *"injonctions"* l'auteur nous précise : *"je les utilise parfois comme FREUD le faisait et comme nous le tentons dans les psychothérapies d'enfants, à seule fin d'aider au développement du transfert."*

Et plus loin :

"Quant à ce qu'on appelle les transferts latéraux qui véhiculent les identifications moïques des participants la prudence conseille de ne pas y toucher."

J'ajouterai que si les participants s'identifient au moi du moniteur dans ses fonctions de synthèse, de contrôle et de censure, ce dernier tend, quant à lui, vers une limite dans l'analyse de son contre-transfert : face à face avec les membres d'un groupe, les mouvements du regard et du corps nous désignent dans l'opaque de notre désir et nous y scellent."

Systematisée ne signifie pas systématique et M. MATHIEU nous signale certaines expériences au cours desquelles l'utilisation d'interprétations transférentielles ne fut ni possible parce qu'inévitablement vécue sur un mode persécutoire, ni souhaitable parce que *"trop"* souhaitée (*"en l'occurrence, ici, le groupe subjectivise à outrance l'analyse de la relation de conseil conjugal ainsi que ses propres inter-relations ; il désire ainsi fuir dans la thérapie de ses membres, tout en demandant de cautionner cette demande"*).

A l'étude tous ces modèles théoriques du rôle de l'animateur ont une cohérence interne ; tous proposent la prise en compte à la fois de la fonction du *"groupe de travail"* et des processus fantasmatiques inconscients du groupe.

Nous avons déjà mentionné que plusieurs auteurs considéraient que ces différentes voies schématiques ne s'excluaient pas automatiquement dans l'attitude de l'animateur lors de l'évolution d'un groupe donné.

En fait, la position de l'animateur vis à vis de l'analyse du cas n'est pas sans incidence sur la vie fantasmatique du groupe ; nous avons mentionné plus haut que le cas représentait un support identificatoire et projectif partiel pour les participants et nous savons (cf. M. MATHIEU, J. GUYOTAT, M. SAPIR*) que le choix du cas et sa problématique ont valeur de signifiant pour le contenu latent du discours groupal (on a proposé une analogie avec le rêve).

Ainsi une analyse trop rapidement approfondie et surtout trop précipitée de la part de l'animateur risque d'intensifier les résistances des participants non seulement individuellement mais aussi au niveau groupal.

Outre l'importance évidente de laisser d'abord se développer ce travail à la fois dans son aspect formateur mais aussi d'indice dans l'évaluation de la situation émotionnelle du groupe et de ses différents membres, il est clair que le travail de formation ne peut se passer de la gratification narcissique, suscitée par l'utilisation de leur propre "*moi analytique*" (dans l'identification cette fois à l'animateur) qui en constitue un des principaux éléments moteurs.

J. GUYOTAT (99) avait insisté sur l'importance de l'économie narcissique dans le groupe de discussion de cas et dans la formation en général ; on en a là un des éléments.

P. C. RACAMIER (160) avait lui aussi insisté sur ce qu'il décrit en tant que "*prime narcissique à l'investissement objectal*", il cite par ailleurs E. et J. KESTEMBERG (125) pour l'importance qu'ils

*pour ce dernier cf. en particulier l'article avec S. LEON-COHEN (137)

accordent à cette notion de "*plaisir de fonctionnement*".

Il est par ailleurs presque inutile de rappeler que l'animateur n'est ni omniscient ni omnipotent et que les participants peuvent fournir des éléments d'analyse du cas tout à fait importants que l'animateur n'aurait parfois pu voir lui-même clairement. Ceci est particulièrement vrai quand les participants oeuvrent habituellement dans une profession différente de celle de l'animateur. C'est dans ce sens, entre autres, que les praticiens du centre A. BINET donnent aux groupes de formation qu'ils animent le qualificatif de "*confrontation*".

A l'opposé une participation très restrictive de l'animateur à l'analyse du cas va dans le sens de la frustration et des mouvements qui l'accompagnent.

M. MATHIEU (146) formule son analyse personnelle en fonction des travaux de M. BOUVET : "*Il est possible que le cas, dans un groupe de formation, devienne l'enjeu d'une dialectique à ce niveau. L'analyse trop abondante du cas entraînerait, selon mon hypothèse, dans la voie de la résistance ~~du~~ transfert (du côté de la défense) ; son abandon ou son rejet, vers la voie de la résistance ~~du~~ transfert (du côté du désir).*"

D'une manière générale il nous semble important de rédire que le choix de tel ou tel modèle sera dépendant des différents paramètres dégagés plus haut et ceci pour une étape ou un moment donné de l'évolution du groupe et par ailleurs que l'utilisation du modèle interprétatif ne saurait se passer d'un "*garant symbolique*" précis.

Nous allons maintenant relater deux expériences de groupes de discussion de cas réalisées dans des services de médecine d'un hôpital général; pour simplifier la lecture du texte nous utiliserons le "*je*" tout au long de ce troisième chapitre.

CHAPITRE III

PRESENTATION DE DEUX EXPERIENCES DE

GROUPE DE DISCUSSION DE CAS A

L'HOPITAL GENERAL

"On pourrait recruter un autre groupe prometteur parmi les les membres d'une équipe hospitalière travaillant ensemble dans un hôpital de médecine général assez important..."

M. BALINT (17)

A - CADRE HISTORIQUE LOCAL

VIENNE, dite autrefois "*la Belle*" puis "*la Sainte*" est une petite ville d'empreinte gallo-romaine d'un peu moins de 30.000 habitants (40.000 en comptant son district urbain) située sur la voie rhodanienne à 30 kilomètres au sud de LYON.

Le Centre Hospitalier Lucien HUSSEL domine la ville, érigé sur le Mont Salomon, l'une des sept collines et coteaux qui l'abritent. Construit entre 1935 et 1938 le "*Nouvel Hôpital*" ne "*renferma*" de psychiatre en son sein qu'à partir de 1972 en la personne et sous la forme d'un attaché de consultation.

Ce n'est en fait qu'en Septembre 1973 que P. COULET fut nommé médecin-chef de secteur, chargé, à partir de l'hôpital général de donner corps à la circulaire de 1960.

L'historique de cette implantation préalable et de la mise en place progressive des structures des deux secteurs de psychiatrie adulte (secteur 6, VIENNE-Sud et secteur 7, VIENNE-Nord) et de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile a été précisément relatée, pour certains de ses aspects, dans les thèses de J. Cl. MARSOT (143), J. M. GAUTHIER (86) et D. SCOHY (175). Ce dernier s'est particulièrement attaché à développer la problématique relationnelle spécifique à l'introduction de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux dits de "*seconde catégorie*".

B. SULTANI (181) présentera prochainement un mémoire sur l'activité de la consultation qui fut la sienne à partir de l'un des dispensaires de secteur.

P. COULET (52) récemment a retracé cette "*aventure*" infiltrée à la fois de "*rêves Don Quichottesques*" et de "*raisonnements à la Sancho Pança*", dans un article synthétique présenté lors d'une réunion de

la Société de Psychiatrie Rhône-Alpes. Nous ne rappellerons ici de cet historique que les grandes lignes.

Il nous semble aussi intéressant de préciser que le projet de création d'une institution psychiatrique Viennoise date de 20 à 30 ans ; à l'origine celle-ci devait en fait être excentrée par rapport à la ville, reléguée près de PONT-EVEQUE à l'Est; quand la création d'un service psychiatrique à l'Hôpital Général fut décidée fin 73, c'est d'abord la solution d'une implantation à SEYSSUEL, antenne hospitalière elle aussi très excentrée, qui fut proposée par le conseil d'administration.

L'idée d'une implantation au sein même du Centre Hospitalier ne put toutefois devenir réalité que grâce à la détermination de P. COULET, à l'aide sympathisante de certains médecins chefs exerçant de longue date (particulièrement le Dr. LUGAND), à l'arrivée de jeunes chefs de service issus du C.H.U. de LYON -ce furent là les premières "alliances" non inconditionnelles, bien sûr, mais alliances précieuses contre rejet et exclusion-et bien sur à l'accord final des administrateurs.

C'est ainsi qu'allait s'installer en Avril 74 le petit service de psychiatrie au 3° étage du bâtiment central de l'hôpital, dans une aile libérée par le Dr. TANCHON médecin chef du service de phthisiologie. *"Les collègues hospitaliers ne pouvaient alors que libérer cet emplacement bien que nous ayons trouvé que ce fut trop haut perché pour une pratique point trop angoissante de la psychiatrie."* (52)

Cette situation se prolongea jusqu'en Septembre 1977, date à laquelle furent disponibles les nouveaux bâtiments situés dans l'enceinte de l'hôpital à cent mètre environ derrière le bâtiment central ; c'était là la solution de compromis finale dans cette longue négociation pour un lieu à la fois interne au Centre Hospitalier et à la fois spécifique à l'exercice du soin psychiatrique.

Chaque secteur de psychiatrie adulte disposait alors d'un service d'hospitalisation de 25 lits avec des équipes intra et extra-hospitalières et d'au moins un dispensaire.

J. DUBUIS prenait ses fonctions de médecin-chef du secteur 6 et quelques mois après, début 78, C. NESPOR prenait les mêmes sur le secteur 7. P. COULET gardait la responsabilité de l'intersecteur infanto-juvénile qui, lui aussi, allait disposer, courant 78, dans l'enceinte de l'hôpital d'un autre bâtiment pour l'hospitalisation de jour et l'internat de semaine.

Dans le même temps s'ouvrait l'hôpital de jour "*adultes*" au rez-de-chaussée des bâtiments du secteur adulte, ainsi qu'un service de "*chroniques mentaux*" destiné à accueillir de très anciens malades de l'hôpital de SAINT-EGREVE, rapatriés sur VIENNE.

Chaque équipe adulte ou enfant accueillait un assistant plein temps et disposait cette fois d'au moins deux dispensaires de secteur (dont bien sur certains en commun).

Ce rappel m'a paru important car situant notre présence dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique de l'hôpital comme l'une des composantes d'un projet plus global de psychiatrie communautaire sur lequel elle pouvait s'étayer.

En 1977, année où se situe la première expérience de groupe de discussion de cas, nous étions trois internes spécifiquement attirés au services médicaux et chirurgicaux "*adultes*", partageant notre temps entre ces services et nos secteurs psychiatriques de rattachement.

En 1978, année de la seconde expérience mon poste d'interne fut rattaché exclusivement à ces services et cette situation, malgré un plus grand nombre de demandes auxquelles répondre, permettait une collaboration plus étroite et plus facile en tant qu'interlocuteur désigné ; nous avions, en effet, fait l'erreur l'année précédente de

vouloir appliquer la sectorisation à chaque service non psychiatrique de l'hôpital et nous intervenions en fonction de l'adresse du "client" (qui se trouvait donc être soit "du 6" soit "du 7", soit "hors secteur" du fait de la non-coïncidence entre le recrutement de ces services et la sectorisation psychiatrique):

Les services "adultes" avaient donc chacun trois interlocuteurs possibles : ce fut là source de bien des complications, une répartition précise non plus des patients mais des services aurait été évidemment bien préférable. La règle de l'interlocuteur désigné nous est ainsi apparue comme tout à fait fondamentale.

Il semble maintenant utile de préciser le contexte dans lequel se sont déroulées ces expériences car là encore celui-ci ne paraît pas indifférent au propos qui nous retiendra par la suite.

B - CADRE INSTITUTIONNEL ET RELATIONNEL GENERAL

I - L'HOPITAL LUCIEN HUSSEL

"C'est un hôpital général... il y a des perclus, des fiévreux, des aliénés, des paralytiques, des vieillards et beaucoup d'enfants, sans compter de nombreux voyageurs et passants auxquels on donne le feu le sel et les ustensiles nécessaires pour apprêter les aliments.

Et pour tout cela il n'y a pas de revenus mais Jésus-Christ pourvoit à tout". Jean CIDADE (56)

Qu'on ne voit pas là quelque malice concernant de bouillantes commissions médico-consultatives !

A) - CADRE MATÉRIEL Plus précisément :

L'Hôpital Lucien HUSSEL est un Centre Hospitalier classé en seconde catégorie groupe II dont les différents services non psychiatriques représentent environ 700 lits.

Sont ainsi rassemblés :

- quatre services de médecine générale à orientation respectivement rhumatologique, cardiologique, gastroentérologique et endocrinologique.
- un service de dermatologie.
- un service de pédiatrie et de soins aux prématurés.
- un service de maternité.
- un service de pneumo-phtysiologie (en fait situé à SEYSSUEL)
- une polyclinique ouverte médicale et chirurgicale.
- trois services de chirurgie générale et spécialités courantes.
- un service chirurgical de spécialités (O.R.L., ophtalmologie, stomatologie).
- un service d'urgence ouvert dans sa nouvelle formule en Septembre 1978 auquel se rattache une unité mobile (S.M.U.R.)

Ce dernier est, entre autres, le lieu d'un certain "*dispatching*" qui fait que les patients psychotiques sont plus généralement orientés vers les services de psychiatrie surtout s'ils sont déjà en

relation avec les équipes de secteur. Les services de psychiatrie reçoivent donc, en gros, outre ces patients, des personnes de structure névrotique grave, des toxicomanes, et ceux dont la "structure" s'exprime au travers de troubles caractériels importants.

Le reste du temps l'orientation se fait vers les services de médecine et à un moindre degré de chirurgie. Certains patients peuvent toutefois rester quelques jours dans les lits du service d'accueil.

Cette répartition n'est pas du tout stricte et il n'est pas rare de voir des psychotiques, par exemple, hospitalisés en services médicaux, surtout bien sûr s'il existe un problème somatique associé au problème psychopathologique.

L'ensemble hospitalier correspond par ailleurs, outre les services de psychiatrie, d'une part un hospice, d'autre part des lits de convalescence longue durée à SEYSSUEL.

Il a en outre son école d'infirmier(e)s de soins généraux.

B) - CADRE RELATIONNEL

Il s'agit là simplement de mentionner quelques éléments tels :

- une hiérarchisation moins prégnante que dans les Centres Hospitalo-Universitaires et ceci entre toutes les fonctions professionnelles représentées.
- L'importance des contacts partiellement "déprofessionnalisés" lors par exemple du repas de midi où se retrouvent à la même table une partie des chefs de services et l'ensemble des internes. Plus que le repas lui-même, d'ailleurs,

semblent avoir de l'importance "*le café*" et les différents jeux qui l'accompagnent, ceux-ci marqués du processus primaire, outre le plaisir qu'ils procurent directement (et j'ai certaines parties de baby-foot encore bien en mémoire) instaurent une zone d'échange qui leur est propre.

Il y a là de toute évidence une favorisation des identifications mutuelles qui va de paire avec une moindre intensité des mécanismes projectifs, tous phénomènes bien utiles dans la collaboration "*somaticien-psychiatre*" à l'hôpital général (cf. introduction).

II - ACTIVITE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE DANS LES SERVICES NON PSYCHIATRIQUES

Ce n'est pas mon propos de la détailler ici dans son ensemble mais là encore il paraît utile de l'évoquer; il le sera fait en utilisant la systématisation proposée par M. FERRERI et J. M. ALBY (71).

A) - ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE

C'est avant tout l'activité de garde : la garde "*psychiatrique*" est assurée 24 heures sur 24 par les internes rattachés aux différents services psychiatriques, ceci parallèlement à la garde "*somatique*" assurée par les internes et stagiaires internés des services à vocation somatique.

Les médecins-chefs de ces deux secteurs assurent respectivement une astreinte qui couvre, elle aussi, le nycthémère.

L'interne de garde de psychiatrie a donc à répondre aux appels provenant des services de psychiatrie, des services "*généraux*" et du

service d'urgence (l'importance de l'activité du nouveau service d'urgence, véritable plaque tournante pour l'ensemble de l'hôpital, doit amener à repenser la présence du psychiatre dans ce service; ce fut d'ailleurs l'un des thèmes du récent colloque organisé conjointement fin Novembre, par les responsables du service d'urgences et des services de psychiatrie).

Il est indéniable que pour les internes des différents services la garde est aussi un lieu d'échange important, de collaboration et de reconnaissance réciproque ; ainsi, et ce n'est là qu'un exemple, j'ai parfois été bien soulagé de pouvoir me référer à un collègue somaticien pour certains problèmes organiques difficiles qui se posaient dans le service de psychiatrie.

P. C. RACAMIER (160) notait l'intérêt de l'utilisation de l'appel de garde qualitativement et quantitativement, comme analyseur institutionnel ; c'est une étude que nous n'avons pas faite assez précisément pour en tirer des conclusions scientifiquement recevables mais elle aurait beaucoup d'intérêt dans l'analyse, pour une période déterminée, de notre présence dans les différents services de l'hôpital.

B) - ACTIVITÉ DE CONSULTATION

Elle répond dans cet ensemble à l'activité dite de "*psychiatrie de liaison*" suivant le terme de P. B. SCHNEIDER (172).

Toutes les demandes (environ 300 en 1978) de consultations émanant des services "*adultes*" à vocation somatique (médecine 90 % et chirurgie 10 %) étaient centralisées sur les secrétariats des services de psychiatrie "*adultes*".

Notons au passage le rôle relationnel tout à fait fondamental des secrétaires de ces services : on savait déjà l'importance de ce rôle et du lieu où il s'exerce dans tout service de psychiatrie, l'

expérience montre que cette nouvelle dimension n'est pas la moindre ; dans la réalité elles l'ont d'ailleurs toujours assumé et assuré de façon remarquable.

Afin de tenter d'approcher un peu le triple objectif idéalisé que propose M. FERRERI et J. M. ALBY (71) "*célérité, efficacité, continuité des soins dans un même lieu*" nous nous rendions systématiquement dans les services demandeurs en essayant, quand cela était possible, de le faire dans les 48 heures suivant l'appel.

Le schéma théorique se développait alors comme suit :

- En général discussion avec l'interne du service demandeur, souvent plus disponible que le chef de service, mais aussi tout simplement parce que notre propre position d'interne nous situait dans une position identificatoire plus "*commode*" au moins au début de notre activité.

Ce premier échange permettait une certaine élaboration des contenus manifeste et latent d'une demande qui comme en psychiatrie infantile représente en général celle d'un tiers. L'aboutissant en était parfois d'un commun accord le report ou l'abandon de l'idée de consultation "*spécialisée*".

- Discussion de quelques minutes avec la surveillante, les infirmières et assistantes sociales s'occupant plus particulièrement du patient désigné qui complétait en fait l'élaboration précédente et donnait souvent des éléments de séméiologie relationnelle importants ; ces deux échanges se faisaient parfois de façon concomittante et assez souvent dans l'ordre inverse.
- Entretien proprement dit. Il y aurait là beaucoup à dire, ne serait-ce déjà qu'au sujet de la préparation à cet entretien mais ce n'en est pas le lieu ici.



- Le "mot" dans le dossier, "médiation" écrite destinée à préciser le schéma thérapeutique (dans le sens large du terme) et certains éléments de compréhension dynamique à travers la biographie et la clinique relationnelle.

Il y aurait beaucoup à gagner à la réflexion, dans ce cadre entre autres, de cette phrase de RACAMIER (160) : *"Il nous apparaît important de relever ce double aspect de la médiation, qui traduit aussi bien la capacité maturatrice qu'un certain défaut d'organisation du système institutionnel."*

- Nouvel échange, essentiel, avec les différents éléments de l'équipe (médecin-chef, interne, infirmières) destiné surtout à préciser et expliciter dans une certaine mesure ces derniers points.

Comme C. DUBERNARD (62), qui le rapporte dans un travail sur sa présence dans le service de dialyse et de transplantation rénale du Pr. TRAEGER, je n'ai pas toujours évité l'écueil de ce qui se rapprocherait d'une *"restitution ad integrum"* de la parole du patient, verbalement tout au moins ; l'analyse qu'elle en fait est par ailleurs tout à fait justifiée.

De même pourrait-on dire au sujet d'une démarche diagnostique qui, résumée, devient vite chosifiante même si elle s'exprime prudemment en termes de *"structure"*, de *"noyau"* et de *"pôle"*.

Ces moments successifs d'un premier temps de réponse à la demande sont tous apparus comme importants sinon fondamentaux. Il faut toutefois préciser que des problèmes de disponibilité, sinon même de négligence, pour ma part au moins, ont fait que certains, parfois, ont pu être écourtés sinon sautés.



J'y ai toutefois insisté ici car ce n'est qu'à travers eux que l'idée même de groupes réguliers de discussion de cas a pu surgir.

C) - ACTIVITÉ MÉDIATE

Pour reprendre un sujet dont l'importance a juste été pointée dans les lignes qui précèdent je rappellerai une autre constatation de RACAMIER (160) : *"Une bonne partie des tâches institutionnelles est précisément de l'ordre de la médiation"*.

S'il y a un travail à l'hôpital général qui réponde à la *"cure des scissions"* dans le traitement des psychotiques, c'est certainement surtout celui-là en ce que son objet se conçoit comme une désintensification du clivage entre les couples médecin ou soignant-psychiatre, corps biologique-corps érogène, médecine-psychanalyse...

En ce sens l'activité dite spécifique et l'activité de consultation peuvent aussi oeuvrer dans le sens de l'activité médiate, dont d'ailleurs la psychologie médicale (dans la définition qu'en donne P. B. SCHNEIDER, 168) est à même de se nourrir.

Il s'agit d'une manière générale pour le psychiatre ou le psychologue d'aider les membres de l'équipe hospitalière à révéler et à développer en eux, à partir du moment où ils le désirent et dans des conditions de sécurité suffisantes, un outil de compréhension psychologique propre à leur permettre d'emprunter la voie de *"l'indépendance"* au sens où l'entend RACAMIER (160), ce qui pour cet auteur est bien différent d'un processus de *"dé-différenciation"* et n'exclue certainement pas la spécificité du rôle. L'analyse qu'il développe de ce processus s'accorde tout à fait avec la situation du psychiatre ou psychologue à l'hôpital général ; ce fait n'est d'ailleurs pas isolé,



mentionnons le en passant : il y a en effet un intérêt évident à relier les pages que *P.C. RACAMIER, R. DIATKINE, S. LEOVICI et P. PAUMELLE* consacrent aux institutions de soin pour psychotiques en tant que très souvent elles s'appliquent parfaitement à la situation qui nous occupe même si certains termes en sont différents. Je ne sais pas si ce fait là ressortira clairement dans ce travail et surtout quel bénéfice j'ai vraiment su en tirer dans ma pratique, ce qu'il y a de sûr c'est que bien souvent le souvenir ou la relecture de certaines pages ont résonné par rapport aux questions que me posaient cette activité.

Ceci dit l'activité médiate peut prendre plusieurs formes et le groupe de discussion de cas n'en est que l'une d'entre elles.

C - LES EXPERIENCES PROPREMENT DITES

AVERTISSEMENT PREALABLE

Seront ainsi relatées deux expériences, toutefois pour des raisons évidentes de discrétion et en accord avec les participants de ces groupes, j'omettrai de mentionner tout ce qui pourrait prendre un tour trop personnel en essayant pourtant de ne pas dénaturer la dynamique de l'ensemble.

Il est toutefois clair que ce faisant, je soustraierai parfois au lecteur des éléments importants pour l'analyse et la compréhension. Si des prénoms sont utilisés, ils le seront en fonction d'un choix tout à fait fantaisiste au départ, désignant cependant la même personne au cours de différents groupes.

Dans le même esprit la distinction entre catégories professionnelles sera utilisée avec parcimonie.



Cependant et en dehors de ces restrictions les compte-rendus seront reportés ici dans les termes où ils furent rédigés à l'origine.

PREAMBULE

Je me suis en fait "*lancé*" dans l'"*animation*" de ces groupes avec un certain empirisme et ceci ne manquera pas de transparaître dans les compte-rendus ; je n'avais avant tout comme expériences de ce type de groupes que celles vécues comme participant (dans des groupes animés par J. HOCHMANN, M. SCHEIBLING, J. CALLIER ou M. SASSOLAS).

La plupart des auteurs qui traitent du groupe de discussion de cas soulignent la nécessité pour l'animateur d'une part d'être psychanalyste et d'autre part d'avoir une formation en dynamique des groupes ; ayant démarré ces expériences alors que ma formation analytique (pour ne mentionner que cette face du processus) n'était qu'à l'état d'ébauche dans ses aspects les plus fondamentaux, je ne remplissais donc pas en réalité les conditions requises.

Soit dit en passant une certaine situation professionnelle que l'on pourrait appeler "*de transition*", vécue à l'occasion à travers un "*comme si*" (animation de groupe de discussion de cas, rédaction d'une thèse d'inspiration analytique pour ne prendre que ces exemples !) ne se vit pas toujours sans renvoi plus ou moins confortable à l'autre scène dont il est question ailleurs. La conscience toutefois d'un certain manque au niveau de ma formation personnelle m'a doublement incité à la prudence ; doublement parce que de toutes façons l'expérience montre que la prudence est toujours de mise dans les groupes de discussion de cas, en particulier au début quand il n'y a pas de sélection préalable pour les participants (elle est en effet difficilement envisageable dans ce contexte particulier) mais aussi, sinon surtout, quand ils sont intrainstitutionnels et animés par quelqu'un qui, sans faire tout à fait partie des services (médicaux en l'occurrence), en est un collaborateur habituel (ce qui ne comporte pas que des désavantages).

En fait, au niveau technique et d'abord du fait d'un problème donc de formation personnelle il m'a semblé élémentaire de ne pas utiliser d'interprétation de l'ici et maintenant : il me fallait déjà apprendre à "*écouter*" au sens analytique du terme, et qui plus est à "*écouter un groupe*" (cf. la définition de BEJARANO).

Ceci signifie donc d'abord que le modèle théorique utilisé n'est issu que d'un choix par élimination fondé sur les contingences du moment.

Par ailleurs, outre le premier facteur mentionné, il me semble que même si les relations que j'avais avec les participants en dehors des groupes n'étaient que d'ordre professionnel il était dès lors difficile d'évoquer la règle d'abstinence qui constitue pourtant l'un des termes essentiels d'un "*garant symbolique*" utilisable ; ce problème là semble toutefois à la réflexion plus complexe qu'il n'y paraît.

En troisième lieu les incertitudes de gens d'expérience quant aux règles et au contenu d'un travail analytique en groupe de formation intrainstitutionnel auraient été là pour m'en dissuader si le reste n'avait été bien suffisant.

Ceci, est-il besoin de le répéter, ne clôt pas la question. En fait, ce n'est que pendant et à l'issue de la première expérience que ces questions ont vraiment commencé à se préciser en tant que telles.

Présentement un commentaire plus ou moins fourni suivra les compte-rendus de séance ou leur résumé ; j'essayerai entre autres d'y dégager parfois quelques éléments du contenu latent dans la mesure où j'ai pu le saisir, ce qui n'a pas toujours été immédiatement le cas, loin de là ; de même en ce qui concerne la spécificité des éléments transférentiels. En ce sens, le commentaire pourra bien paraître

assez pauvre par rapport à l'attente qu'aurait pu fait naître les schémas théoriques du second chapitre.

I - LE GROUPE DE MED. D. (EN MED. A² BIS)

A) - LA NAISSANCE - LES MOTIVATIONS

En Avril 1977, quand cette première expérience a débuté, le service de Med. D partageait le 3^o étage du bâtiment central avec le service de psychiatrie.

La porte battante du service qui donnait directement sur le hall central et donc immédiatement sur le service de psychiatrie au delà, était habituellement fermée avec une chaîne cadenassée ; nous devions donc téléphoner du service de psychiatrie pour nous faire ouvrir en cas de demande de consultation ; la clé s'égarait de temps en temps mais on la retrouvait toutefois toujours assez rapidement.

En fait, cette porte n'était généralement ouverte qu'à cette occasion ou presque, l'équipe du service empruntant la plupart du temps l'escalier ou l'ascenseur de l'autre côté, au bout du bâtiment.

Il est vrai que tout ne se passait pas toujours dans le plus grand calme à l'intérieur du service de psychiatrie.

Précisons tout de suite que cette chaîne n'a pas disparue avec l'instauration des groupes de discussion de cas.

Ce qui pourrait n'être en fait qu'anecdote a, bien sûr, portée symbolique ; plus simplement la présence de cette chaîne me semble mettre l'accent sur l'un des déterminants qui a fait que c'est dans ce service là que la première expérience et la première demande

ont pris naissance ; autrement dit la proximité géographique, physique, de ce service avec ce qui était perçu comme *"le monde des fous"*, de la pulsion *"déchainée"* mettait le groupe soignant et médical dans une situation de *"souffrance potentielle"*, sinon de déséquilibre latent.

Il y aurait, en fait, diverses façons de décrire cette situation; de toutes évidences le service de psychiatrie représentait au sein de l'hôpital et particulièrement du bâtiment central le lieu-commun des projections des équipes et des malades des autres services, véritable *"réservoir pulsionnel"* d'un appareil psychique non seulement groupal mais institutionnel. Qu'on le considère comme agent d'excitation interne pour ce dernier ou d'excitation externe pour celui plus restreint de Méd. D, on ne pourra s'étonner qu'il y induise l'utilisation intensifiée de mécanismes défensifs dont *"la chaîne"* ne serait qu'un représentant matérialisé.

Quoiqu'il en soit ce déterminant ne fut pas le seul ; nous avons commencé, cette équipe et moi-même, à l'issue d'une demande de consultation et des discussions informelles qui s'y étaient rattachées, la prise en soin plus intensive d'un jeune Algérien, entré dans le service pour bilan à la suite d'un accident du travail et qui avait développé dans les suites immédiates un important syndrome post-traumatique.

Schématiquement le projet thérapeutique alors proposé comportait un volet institutionnel avec la mise en place d'un maternage si possible soutenu, en particulier à travers l'utilisation d'une perfusion d'antidépresseurs, et un volet plus spécifiquement *"psychothérapique"* (je mets ce terme entre guillemets parce que, dans ce cas particulier, le définir comporte bien des incertitudes) sous forme d'entretiens réguliers.

Manifestement (comme me l'a récemment rappelé Melle. GARBOUD, la surveillante du service) ce *"plan de soin"* avait d'emblée été plus ou moins accepté et surtout non compris par certains des membres de

l'équipe qui le trouvaient par trop différent des plans de soins habituels.

Néanmoins il fut appliqué avec beaucoup de *"bonne volonté"* pendant près de 15 jours sans trop de problèmes ; où les choses se gâtèrent, comme à l'habitude, pourrait-on dire, c'est quand quelques uns repérèrent que le jeune homme *"en rajoutait"*. Autrement dit motivé par le mouvement régressif qui accompagnait de toute façon la névrose post-traumatique et l'écart persistant entre la demande qu'elle fondait et la réponse qui lui était donnée, ceci malgré l'aménagement thérapeutique proposé, il avait manifestement tendance à intensifier l'effet de symptômes par ailleurs bien réels. En tout état de cause, le contexte institutionnel se dégradait, l'écart se creusait, la symptomatologie du patient s'exacerbait...

Certains membres de l'équipe, et en particulier la surveillante, supportaient mal des réactions d'hostilité empruntant par moment la voie du racisme ; par ailleurs les petites réunions informelles dans l'infirmerie avec quelques soignants (ceux qui s'y trouvaient) n'arrivaient pas à déclencher le mécanisme. Pour ma part, je commençais à envisager l'hypothèse d'un transfert en service de psychiatrie, tout en constatant et en verbalisant qu'il pourrait être important que l'on parle de ces problèmes en comité moins restreint et de façon plus régulière. La surveillante avait une amie, elle-même surveillante à l'Hôpital Cardiologique de LYON : dans son service un groupe de discussion de cas y fonctionnait, semble-t-il, à la satisfaction générale.

L'idée de cette éventualité pour le service apparut donc et M^{lle}. GARBOUD décida de la soumettre à l'ensemble de l'équipe lors des relèves qui suivirent.

Le principe de la réunion d'équipe est acquis ici à l'hôpital général sous la forme de la *"relève"* journalière et par ailleurs malgré la porte battante et sa chaîne, les gens de l'équipe de Med. D ne

pouvaient méconnaître les réunions régulières de l'équipe de psychiatrie dans une pièce attenante au service de médecine et dont les portes largement vitrées lui avaient valu le sobriquet d'"aquarium".

Avec l'assentiment, sinon général, du moins largement partagé des membres de l'équipe ainsi, bien sûr, que ceux de l'interne et du médecin chef (alors le Dr. LUGAND) les réunions de discussion de cas commencèrent.

Il fut décidé d'un rythme bi-hebdomadaire et d'une durée d'une heure environ, de 13 h 30 à 14 h 30, c'est-à-dire dans la période de chevauchement des horaires des deux équipes, celle du matin et celle du soir.

Elles faisaient suite à la relève traditionnelle et dans sa "foulée" pourrait-on dire, c'est à dire sans interruption ; ceci fut une erreur : je m'en suis rendu compte que beaucoup plus tard. En effet la relève est une réunion quasiment obligatoire et c'est une règle institutionnelle que d'y assister ; partant du principe que la surveillante restait pour participer à la discussion de cas et sachant les projections surmoïques plus ou moins "réalisées" dont son rôle hiérarchique fait l'objet il était quelque peu illusoire d'annoncer en début d'expérience le caractère non obligatoire de cette activité.

Etait donc présente la quasi totalité des infirmières, aide-soignant(e)s et assistant(e)s hospitalier(e)s ainsi que la surveillante. Le chef de service n'y participait pas, l'interne du service par ailleurs très coopérant avait préféré ne pas y participer lui non plus.

Il est intéressant de noter au passage le mouvement dépressif plus précis qui s'est dessiné à l'occasion des difficultés dans le soin au patient dont il a été question plus haut. En référence à un Idéal du Moi archaïque individuel et collectif, ce mouvement, occa-

sionné par l'émergence de pulsions agressives intenses, signant la faillite d'un refoulement des éléments hostiles sous-jacents à toute pratique de soin telle que nous avons tenté d'en cerner la problématique originaire dans l'introduction de ce texte, fut l'un des déterminants principaux à l'origine de la demande.

Que l'agressivité suscitée par certaines des attitudes de ce patient ait été elle-même surdéterminée au niveau individuel et collectif ne fait, bien sûr, aucun doute.

Au delà d'une rationalisation utilisant la *"simulation"* comme prétexte il était clair que la plainte persistante ne manquait pas de mettre l'équipe mais aussi le psychiatre dans une situation d'échec toujours culpabilisé malmenant leur narcissisme professionnel : *"car la plainte somatique a bien ce pouvoir hypochondriaque de susciter la réponse impuissante ; elle prend le médecin dans un double lien : celui de l'identification imaginaire à la douleur présumée et celui de la culpabilité d'une impuissance visant à faire la preuve du rejet."* P. FEDIDA (70)

Cette formulation a l'avantage de pointer, outre la problématique du soignant identifié à son rôle, celle du soignant dans l'identification au patient.

Je proposerai dans ce cas particulier et à titre d'hypothèse que la prescription d'un maternage intensif ait pu particulièrement placé certains soignants dans une situation de rivalité *"fraternelle"* avec le patient dont elle faisait l'objet.

Il n'est pas impossible que des désirs de vivre une situation régressive, renvoyant à l'avidité orale entre autres, puissent s'actualiser parfois chez les soignants dans le transfert sur l'objet groupe (équipe) et peut être aussi sur les éléments de l'équipe (et parfois certains intervenants) dont le rôle professionnel favorise aussi les projections imagoïques parentales.

Certaines remarques comme *"C'est un peu facile de se laisser aller"* ou bien *"Tout le monde a des ennuis, il suffit d'avoir un peu de volonté"*... iraient dans ce sens.

On a alors affaire là à une agressivité qui évite une certaine culpabilité à travers la projection en l'autre du désir et de la recherche d'un plaisir qui vise à le satisfaire.

Que la réalité confirme la projection ne fait dans certaines situations aucun doute.

Dans le cas qui nous intéresse cette agressivité, nourrie donc à diverses sources, fut vécue à priori sans culpabilité par certains membres de l'équipe mais ne le fut pas ainsi par tous ; disons simplement ici qu'elle avait pu, par un nouveau mouvement identificatoire, cette fois entre soignants, venir alimenter sinon révéler un mouvement dépressif chez d'autres.

Avec ce développement nous n'avons certainement pas épuisé le chapitre de l'origine de la souffrance et, à travers celle-ci, de la demande à la fois d'une élaboration de la crise (*"soigner"*) et à la fois d'une formation (*"prévenir"*). Nous aurons l'occasion d'envisager d'autres éléments de réponse pour ce second temps en fait tout à fait imbriqué avec le premier en pratique hospitalière.

En ce qui concerne plus particulièrement les motivations de l'animateur il y a bien entendu lieu de faire la même démarche dans l'analyse d'une part d'un désir de dégagement par rapport à une crise et d'autre part de son désir de former.

Celui-ci ne s'exclue pas de l'analyse qui a été faite pour l'équipe soignante visant à mettre en évidence l'importance particulière de la séquence culpabilité-réparation même si son évolution propre et un début de formation lui ont permis de prendre une certaine

distance par rapport à cette problématique.

On sait d'ailleurs maintenant que cette séquence se vit tout autant dans la formation que dans le soin et il n'est qu'à lire ces lignes de R. KAES (118) : *"Nous pensons tout au plus rappeler ici le lieu, repéré par d'autres (VALABREGA, MISSENARD et GELLY) entre les différentes images du formateur et du guérisseur : l'un et l'autre sont confrontés avec le développement de la capacité optimale de la vie, au moyen de techniques et d'un art pour assurer la protection et la défense contre la mort et la destructivité. L'un et l'autre trouvent un des fondements de leur "vocation" dans une fantasmatique de la restauration et de la réparation du corps de la mère, dans les épreuves qui les confrontent avec l'interdit et la transgression, le désir d'omnipotence et d'immortalité, la puissance de maîtriser ou de donner la mort."*

R. KAES explicite tout particulièrement dans le développement donné au texte la prévalence de la référence à la mère dans la fantasmatique de la formation : *"Former dans la position où le formateur s'identifie à la puissance de la mère, c'est être plein d'enfants dans son corps, c'est les nourrir, les soigner, les protéger contre des dangers internes et externes..."* ; et dans la mesure où cette identification est le fait d'un formateur masculin : *"elle révèle la dimension du désir insatisfait chez l'homme de participer aux prérogatives de la femme, comme l'ont montré G. GRODDECK, M. KLEIN et plus récemment, à propos des rites d'initiation et des "blessures symboliques" B. BETTELHEIM"* Plus précisément *"le désir chez l'homme d'avoir un vagin, un utérus et de porter des enfants n'exprime sans doute qu'une des faces du fantasme il s'agit plutôt de posséder les organes de l'un et l'autre sexe, et de composer l'image pléniaire de la mère phallique à laquelle s'identifie alors le formateur, père utérin."*

De façon consciente et rationalisée il s'agissait pour moi de vivre un certain nombre de désirs plus ou moins idéalisés sans toutefois négliger le principe de réalité : j'avais en effet pu constater à

travers différentes expériences, vécues à l'hôpital général dans des rôles professionnels très divers, qu'au delà et malgré une emprise technologique sans cesse croissante existait une *"vie souterraine"* relationnelle en fait très riche non seulement entre soignants mais aussi entre soignants et soignés (ce terme de *"vie souterraine"* est emprunté au travail de J. DUBUIS, S. JALLADE et M. MARIE-CARDINE, (65) sur l'institution psychiatrique, il me semble tout à fait s'appliquer dans le sens où ils l'entendent à l'hôpital général).

En y étant revenu (n'y-avait-il pas là une certaine nostalgie ?) dans un autre rôle, celui de psychiatre, j'étais petit à petit amené à me demander s'il n'était pas possible, en collaboration avec les équipes, de donner une orientation plus thérapeutique à certaines des composantes de cette *"vie souterraine"*. Il semblait en effet que certains patients présentant des problèmes psychopathologiques associés ou non à une pathologie organique sans rapport avec ces problèmes ou encore certains patients en *"crise existentielle aiguë"* (cf. le cas de la tentative de suicide) pouvaient en bénéficier. Ceci ne signifiait pas, bien entendu, que des processus psychothérapiques spontanés n'y existaient pas déjà.

Autrement dit je devrais voir* dans quelle mesure il était possible de mettre en pratique en ce lieu la notion de *"soin institutionnel"* au niveau relationnel ; ceci posait avant tout le problème d'un travail au niveau de la *"fonction contenante"* dans le sens où la présente J. HOCHMANN (106) par exemple. Autant dire que nous avons surtout, sinon seulement, essayé d'en prendre le chemin.

Au delà des perspectives psychopathologiques, il semblait par ailleurs intéressant de développer l'aspect *"psychologie médicale"*. Ces désirs ne pouvaient se concevoir sans celui de partager une certaine approche psychodynamique de la relation.

* l'émergence des pulsions voyeuristes présente dans la terminologie de ce paragraphe (remarque d'A. BEETSCHEN) est là plus particulièrement nette.

A ce propos il est à noter que le désir conscient d'un certain partage n'allait pas sans celui moins conscient et moins avouable pour son sujet de *"faire pénétrer chez autrui le phallus psychanalytique qu'il n'avait peut-être pas encore incorporé lui-même."* (formulation de J. GUTOTAT et J. BERGERET, 39).

Si certaines relations restaient le problème d'un spécialiste désigné c'est *"simplement"* qu'elles faisaient peur, que les membres de l'équipe hospitalière ne se croyaient pas capables de les assumer et de toutes façons inutiles dans les réponses à apporter...

Les mémoires faits par les élèves-infirmières en fin d'étude ou par les infirmières en formation à l'école des cadres confirment, quand ils traitent de ces problèmes, amplement l'existence de ces craintes.

Nous commençons à réfléchir dans cette période à la question de la délégation des pouvoirs, au sein d'un séminaire de réflexion théorique animé par F. JEANSON, dans le cadre du C.E.S. de Psychiatrie, sur le thème général de la socialité (cf. l'ouvrage de cet auteur sur cette notion, 114); F. JEANSON avait fait une expérience tout à fait originale dans un cadre d'action culturelle à CHALON (113), mais notre propos était bien entendu de réenvisager ces thèmes dans le contexte de nos expériences professionnelles; c'était là un autre éclairage, entre autre de la problématique du clivage évoquée plus haut.

Ainsi donc mû par un intérêt réactivé pour le *"groupe"* qui trouvait, comme je l'ai progressivement réalisé, sa source au moins partiellement dans mon histoire personnelle et *"fort"* de mes expériences de groupes de discussion de cas en tant que participant j'en ai donc fait l'offre au service de Méd. D dans la période crise explicitée plus haut.

B) - CHRONIQUE

Il n'en sera fait ici qu'un récit partiel reprenant essentiellement les dernières séances sous forme de compte-rendus ou de résumés (quand les notes étaient trop imprécises). Ce choix n'est toutefois pas dû au hasard : les séances parfois très "*animées*" avaient, jusqu' alors, eu lieu assez régulièrement en dehors de quelques fois, en fait assez rares, où le travail du matin (soins, "*visite*" prolongée très tard...) n'avait pas permis de faire autre chose qu'une relève rapide avant 14 h 30, heure du départ de l'équipe du matin et aussi, quelques minutes plus tard, du car de l'hôpital qui redescendait en ville certains membres du personnel.

Elles ne s'étaient vraiment interrompues que dans une période de congés qui, il faut le préciser, avait vu le service cesser ses activités pendant près de deux mois avec dispersion des membres présents dans les autres services de l'hôpital.

Progressivement les choses se sont gâtées sans que je comprenne d'emblée ce qui se passait ; toutefois des éléments de réponse sont apparus et j'essaierai de les dégager.

Nous sommes donc fin Novembre 77 alors que le *Dr. LUGAND*, parti à la retraite, venait de céder son poste de chef de service au *Dr. BORY*.

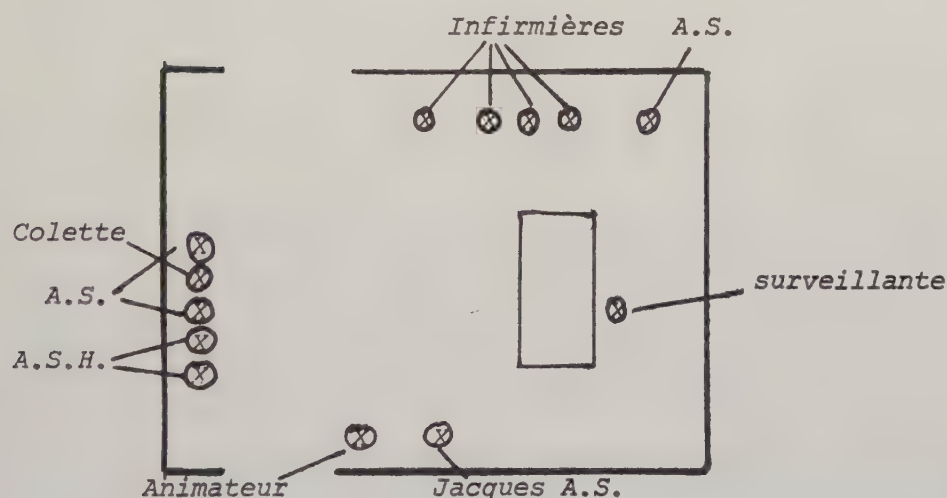
Celui-ci semblait manifestement favorable à notre activité de discussion de cas, ce qui en avait permis la poursuite.

Désirant donner au service l'orientation gastro-entérologique qui était la sienne, il avait organisé depuis son arrivée des séances de recyclage qui se plaçaient aussi en fin de relève, bien entendu un autre jour de la semaine.

SEANCE DU 25 NOVEMBRE 1977

Cette date a remplacé celle prévue du 18/11, la matinée du 18 ayant été très chargée par de nombreux problèmes et une visite longue.

Disposition du groupe :



Je remarque de nouvelles personnes : une infirmière, une aide-soignante et deux jeunes dames de service.

Le relève est faite par deux infirmières avec la fixité de la transmission pouls-tension modulée par les consignes particulières et certaines remarques relationnelles, en particulier de la part de la nouvelle infirmière. L'ensemble dure une vingtaine de minutes.

A la fin, comme à l'habitude, s'installe un silence qui angoisse toujours quelque peu certains participants ; j'aide une première prise de parole par un "De qui voulez-vous qu'on parle aujourd'hui ?"

C'est Jacques qui se décide et présente le cas de Mr. M., mort d'un néo du péritoine, il y a quelques jours après un séjour d'une semaine dans le service ; il avait été hospitalisé pour une cure d'antimitotiques que le Dr. BORY avait décidé d'annuler étant donné l'état veineux du patient et la dégradation de son état général ; il a été conscient jusqu'au dernier moment : quelle était l'attitude à avoir vis-à-vis de lui et de sa famille ?

La question était donc ainsi posée : comment se situer vis-à-vis d'un mourant ? Que dire, surtout s'il nous pose des questions sur son état et ses chances de survie ?

J'invite le groupe à s'exprimer sur ce cas.

Pratiquement tous les participants vont s'exprimer à l'exception de deux dames de service ; la nouvelle infirmière, Colette et Jacques prendront le plus souvent la parole ; la surveillante s'engage elle-même beaucoup, ce qui a un effet facilitateur.

Il se dégage au gré des interventions un schéma : le mourant interroge sa famille sur son destin, celle-ci se veut en général rassurante ou bien se dérobe, il reste alors comme une lueur d'espoir en la toute-puissance médicale dont sont encore porteurs les soignants ; ceux-ci ressentent une gêne manifeste devant l'investissement parfois teinté d'agressivité dont ils sont l'objet ; on les renvoie directement à leur propre impuissance ; cette impuissance a beaucoup de difficulté à être verbalisée et à du être, dans ce cas précis, exprimée par l'interne du service sur la demande des infirmières.

La plupart du temps pendant la journée c'est un membre de l'équipe soignante qui est confronté directement avec ce problème.

L'éternelle question revient, faut-il être rassurant et mentir avec le risque que le malade le sente ? faut-il dire la stricte vérité ?

Colette remarque qu'en fait la question n'a peut être pas tellement d'importance et que ce qu'on perçoit est peut être surtout la demande d'une présence d'une chaleur humaine.

Je fais remarquer qu'en effet la mort fait penser à la solitude la plus extrême.

Plusieurs participants reprennent ce thème qui manifestement leur paraît important ; Jacques le tient même pour la réponse à sa question.

J'exprime aussi que vouloir à tout prix être rassurant ne favorise peut être pas l'échange et l'expression d'angoisse aussi bien de l'autre que de soi, que pourtant cette expression a parfois beaucoup de valeur ; cette idée est aussi reprise par les participants en fonction de leurs expériences. Le thème du schéma corporel est abordé comme il l'avait été la dernière fois à propos de cette femme atteinte d'un cancer de la face, le groupe avait échangé sur les problèmes d'identification.

Cette fois est relaté l'épisode du miroir dans lequel s'est regardé une fois Mr. M. et dans lequel il a pu confronté l'image qu'il se faisait de lui-même et l'image réelle que reflétait le miroir, un important épisode dépressif a suivi.

A ce moment une partie de l'équipe (ceux du matin) a quitté le groupe et la discussion se poursuit sur les phénomènes que l'on peut ressentir au moment de la mort, en particulier l'impression de détachement entre corps et esprit et le retour en arrière visuel ; Colette en donne des exemples personnels (son oncle, elle-même au cours d'un premier saut en parachute.

Des considérations sur la philosophie et la religion suivent dans lesquelles Jacques se montre agressif vis à vis de la psychanalyse et des psychiatres qui voudraient nier les autres sciences (parapsychologie...)

On arrête le groupe, il est 14 h 45 : il était décidé, en effet, dans le cas où les participants le désiraient, que la fin de la séance pouvait être repoussée d'un quart d'heure.

COMMENTAIRE

Le problème des soins aux mourants est sans doute l'un des plus difficiles parmi ceux qui se posent régulièrement aux soignants non seulement en service de médecine générale mais aussi et surtout peut-être, dans les services dits à *"haut risque"* : réanimation, soins intensifs en cardiologie, cancérologie, transplantation d'organes, hématologie pédiatrique...

De nombreux auteurs ont déjà traité de cette question de façon souvent très approfondie au niveau du vécu tant du mourant que de ceux qui ont à le soigner mais aussi de celui de l'entourage familial. A ces problèmes s'intriquent, bien entendu, celui d'un travail de deuil.

Parmi ces auteurs nous citerons E. RAIMBAULT (163, 164), G. RAIMBAULT (162), E. KUBLER-ROSS (129), N. et J. M. ALBY (4), F. WUILLEMIER (187), J. GUYOTAT et M. AUDRAS DE LA BASTIE (102), E. JAKUES (111), M. BERGER (déjà cité), C. MARITAN (142), J. FURTOS (84, 85), M. MARIE-CARDINE et J. COTTRAUX (55), J. P. LOEB (139), A. CAREL (48), M. BERGER et A. BEETSCHEN (35, 36, 37) comme nous l'avions indiqué plus haut, ont particulièrement développé et mis en pratique en ce qui concerne la formation.

A côté de l'intensité de l'agressivité, des désirs de mort apparaissant défensivement, en particulier contre les sentiments d'abandon, à côté de l'avidité affective que ces situations régressives ne manquent pas d'intensifier et de la problématique culpabilité-réparation qui s'y réactualise, à côté donc des mouvements dépressifs toujours latents même s'ils ne sont pas manifestes, ils mettent en évidence l'importance de la fonction antidépressive du *"voir"* et des pulsions voyeuristes (*"scoptophiliques"*).

rigine destinée à satisfaire un désir de savoir sur les origines et peut-être la mort (cf. Piera AULAGNIER-SPAIRANI, 15 - R. KAES, 120), que ce désir soit sous tendu par la "curiosité sexuelle infantile (FREUD) ou par la "pulsion épistémophilique" (Mélanie KLEIN)- l'animateur est l'objet d'une attente non pleinement satisfaite que les participants ont par ailleurs et au moins partiellement projeté sur lui : il en devient par là le sujet ; tenant d'une avidité qu'il partage en fait avec l'objet groupe (cf. D. ANZIEU, 11, le groupe comme une "bouche").

Que cette problématique "motrice" suscite agressivité, dépression, culpabilité mais aussi réparation, même à l'état d'ébauche latente, n'est pas pour étonner.

Il semble que le besoin de "chaleur humaine" dont parle Colette, au nom du groupe et à propos du cas, n'est pas étrangère à "l'ici et maintenant", de même d'ailleurs que l'intervention suivante de l'animateur : celle-ci, justifiée au niveau du cas, lui sert plus ou moins consciemment en fait à essayer, d'une part de "dégager" partiellement le groupe d'éléments agressifs à son égard, non pas tellement par ce qu'il dit mais par l'apport libidinal que procure en soi l'intervention (il ne s'agit pas là d'un véritable dégagement, bien entendu), d'autre part de se dégager de sa propre culpabilité d'animateur "frustrant".

L'intervention de Jacques vers la fin de la séance va aussi dans le sens d'une demande plus directe de reconnaissance ; elle est teintée par un mouvement de rivalité, à remarquer par l'animateur, mais tout à fait banal.

Ces phénomènes sont courants au sein du groupe de discussion de cas et nous n'y reviendrons pas systématiquement pour les autres séances.

Plus spécifique pourtant va être l'étude d'éléments transférentiels sur le groupe, non plus seulement dans l'ici et maintenant de la séance mais surtout en rapport avec l'"histoire de l'équipe".

Il s'agissait, en effet, je ne l'ai su que plus tard et les faits semblent l'avoir confirmé, d'une équipe très "soudée", comme l'on dit, dans laquelle les relations interpersonnelles se vivaient non seulement au sein du service mais aussi très régulièrement à l'extérieur de l'hôpital ; la période de fermeture du service évoquée plus haut avait été ressentie comme un véritable éclatement du groupe, prenant pour certains une allure assez dramatique.

Or dans cette période d'Octobre-Novembre 77 le bruit courait dans le service qu'un nouvel éclatement allait se produire et que l'autre aile de l'étage qui venait d'être quittée par le service de psychiatrie allait être l'objet d'une extension-dédoublément pour le service de médecine avec probablement de profonds remaniements d'équipe, sans que les choses aient pu être dites très clairement, ne serait-ce peut-être parce qu'elles n'avaient pu encore être définies au niveau médico-administratif ; pour l'instant de toute façon cette aile était occupée par un service de chirurgie en attente de la fin de la réfection de ses locaux.

Hormis ce fait, d'autres facteurs plus personnalisés ajoutaient au sentiment d'insécurité régnant.

Sur la connaissance rétrospective de ces faits, il ne me semble pas exagéré de penser que le contenu latent de la séance portait déjà ces incertitudes : ne s'agissait-il pas en effet du groupe lui-même en tant qu'équipe réelle et fantasmatique dont il était question ? Plus précisément le mourant à qui il fallait ou ne fallait pas dire la vérité n'était-il pas aussi l'équipe et à un moindre degré probablement le groupe de discussion de cas qui s'y superposait ?

La séance précédente avait, elle, pour thème celui du cancer rongé et défigurant le visage d'une patiente ; cette fois peut-être le groupe se regardait dans le miroir de Mr. M. (il est entendu que dans le contexte le thème de miroir peut renvoyer à d'autres analyses non exclusives les unes des autres).

Les séances suivantes qui vont être résumées ont vu la présentation de cas où le problème de la "déchéance" était latent.

SEANCE DU 9 DECEMBRE

résumé (fait à l'époque)

A partir d'un cas de patient, le groupe s'est surtout exprimé sur le problème de l'alcoolisme et de l'alcoolique avec toujours cette question en arrière-fond : "Pourquoi boit-il ?"

Il avait été mis en évidence que dans la vie du service l'alcoolisme était l'un des seuls symptômes sur lequel les gens s'exprimaient sur le mode du bien et du mal, c'est-à-dire l'un des seuls symptômes qui portait une connotation morale.

Il apparaissait clairement que cette tendance était liée au vécu que "pouvait" avoir la famille du malade, famille à laquelle s'identifiaient volontiers les soignants : certains ont même évoqué leurs expériences personnelles dans ce cadre, en particulier une aide-soignante.

Vers la fin de la séance, alors que plusieurs personnes étaient déjà parties, une autre aide-soignante, Michelle, a exprimé ses difficultés de contact avec les patients et en particulier les alcooliques pour lesquels elle ressentait une intense agressivité ; elle donnait là, plus clairement, l'explication du contenu latent de la

question "Pourquoi boit-il" si insistante en demandant : Aidez-nous à élaborer notre agressivité ou bien donnez-nous des raisons de l'étouffer en rationalisant notre besoin de formation réactionnelle ou alors déchargez-nous.

La surveillante quelques jours après m'a reparlé de cet épisode en disant que la façon dont s'était épanchée Michelle sur ses problèmes de communication l'avait gênée : l'implication personnelle de la jeune fille lui rappelait le conflit qui avait suivi une séance dans laquelle un A.S.H. avait mentionné ses rapports avec son beau-frère nord-africain. En associant elle m'a fait remarquer que le psychologue qui travaillait dans le service de son amie réglait en même temps les conflits dans l'équipe ; cette constatation a été modulée par la remarque que c'était une tâche que je ne pouvais réaliser étant trop impliqué dans l'institution. Sans aucun doute espoir déçu.

COMMENTAIRE

Au fur et à mesure que le service se spécialisait en gastro-entérologie le nombre de patients qui y étaient admis pour des problèmes d'éthylisme croissait et l'impuissance que ne manquaient pas de renvoyer ces patients "à la face" des soignants suscitait une agressivité parfois intense*, ici clairement verbalisée par certains des membres de l'équipe et Michelle en particulier.

Cette situation était parfois l'objet d'une "crise" dans des termes très proches de ceux évoqués plus haut à propos du cas du jeune immigré ; on pourrait donc l'analyser de façon très semblable dans la double démarche de l'identification au pôle "soignant" et de l'identification au pôle "soigné".

* cf. le mémoire de M. F. MANTEL (140) fait à partir d'une expérience dans le service.

Ces deux mouvements coexistent chez chaque membre de l'équipe : le premier est d'autant plus important que l'on monte dans la hiérarchie médicale et que par là on s'éloigne physiquement et affectivement du patient, le second l'est bien entendu inversement.

Rappelons à ce propos que M. J. COLLAUDIN (50), M. J. COLLAUDIN et J. VEDRINNE (51) avaient situé le psychiatre à l'hôpital général comme lieu dialectique d'une double identification à ces pôles en relation avec un troisième pôle d'identification qui est le sien spécifique : celui d'un décodage du sens et de la restitution de la parole.

La dimension régressive du "*plaisir oral*" chez les patients dits éthyliques est probablement un élément important pour l'analyse du second mouvement vécu par le soignant ; les rationalisations dans ce cas se nourrissent de clivages bourreau-victime, conscient-inconscient, bien-mal...

Quelques éléments d'analyse du discours latent de cette séance ont été donnés plus haut, ils sont loin d'être exhaustifs et ne sont formulés qu'à titre d'hypothèses.

Il y en a d'autres qui encore une fois, n'excluent pas les premiers mais la complexité relationnelle de la situation ne permet pas de les présenter comme suffisamment valides.

Il me semble en fait utile de discuter plus précisément le problème de l'implication personnelle des participants quant à leur vie extraprofessionnelle.

IMPLICATION DIRECTE

Elle peut être exprimée, directement donc, par association à partir du cas, en général sous tendue par une identification plus ou

moins partielle au patient ou, à travers ce cas, à l'un des membres de son groupe familial, elle se traduit en terme de vie courante mais aussi d'histoire personnelle.

La séance ci-dessus en donne un exemple ; la surveillante du service en rappelait un autre exemple : celui, en effet, d'un membre de l'équipe qui, à l'occasion d'une discussion à propos du cas d'un travailleur immigré présentant lui aussi une névrose post-traumatique, ancienne cette fois et qui lui avait valu une pension d'invalidité, s'était mis dans une colère intense à l'encontre d'une partie du groupe et particulièrement de l'animateur.

Ce débat portait à cette phase de la discussion sur la justification ou non de la pension et le groupe présentement était clivé entre ceux et celles qui reconnaissaient une réalité aux troubles et à l'impossibilité de travailler dans laquelle pouvait se trouver le patient et ceux et celles dont l'opinion était contraire et qui pensaient que, même s'il y avait des troubles réels, ils n'étaient pas suffisants pour empêcher la reprise du travail. Je ne prenais, bien sûr, pas partie dans la polémique essayant plutôt avec plus ou moins d'adresse (et plutôt moins d'efficacité) de favoriser la reconnaissance chez les participants de chacun des sous-groupes de l'existence au moins à minima des sentiments présents chez les participants de l'autre. Le débat était très animé, mais l'agressivité était à un niveau très supportable pour chacun, semblait-il. Tout d'un coup, alors que cet homme s'était jusque là très peu exprimé, sa colère a éclaté comme un coup de tonnerre dans un ciel qui pour n'en être pas serein n'était toutefois pas d'orage. Ce n'était pas lui qu'il identifiait directement au cas présenté, c'était son beau-frère nord-africain.

Il nous a exposé avec beaucoup d'émotion sa situation familiale et l'attitude qui avait été la sienne vis-à-vis de ce beau-frère ; elle se rangeait à l'opinion exprimée par l'un des sous-groupes et il reprochait à l'autre sous-groupe mais aussi à moi-

même de l'en accuser. Après qu'il se soit ainsi exprimée je lui avais rappelé qu'il n'était pas de mon propos ni de celui du groupe de juger quiconque dans les circonstances particulières de sa vie personnelle et les choses s'étaient progressivement apaisées laissant toutefois les participants dans un malaise certain.

Ce mouvement était-il prévisible ? Je dois dire que je ne l'avais vraiment pas vu venir ; ce participant n'est pas revenu pendant une ou deux séances puis a repris sa place dans le groupe.

Cet exemple pour important qu'il soit n'est en fait que *caricatural* dans le sens où, en général, l'implication des gens est moins dramatique et émotionnellement moins chargée.

Il n'est en fait pas souvent facile de distinguer ce qui peut être apport personnalisé parfois extrêmement éclairant à différents niveaux, et en particulier celui du cas, et ce qui serait demande psychothérapique personnelle ; autant dire que toute distinction systématique ne pourrait être qu'arbitraire. L'animateur se sent en effet parfois un peu *coince* entre une attitude visant à empêcher toute expression émotionnelle non directement centrée sur le cas qui à certains égards se révèle très stérilisante et une attitude résolument non directive favorisant l'émergence de la vie fantasmatique de l'individu et du groupe.

Il me semble qu'il est difficile de définir une règle stricte et que partant du principe où l'on ne donne pas réponse directe à l'intérieur du groupe à une demande qui serait manifestement psychothérapique l'attitude de l'animateur doit garder une certaine souplesse. Une telle demande impliquerait pour la plupart des auteurs que l'animateur propose au participant concerné un entretien personnel visant à l'aider à prendre conscience du véritable caractère de la demande et à l'orienter éventuellement.

Dans les cas et les circonstances où une interprétation de l'ici et maintenant, dans la forme rappelée au chapitre II, pourrait être fondée et possible, elle apporterait peut être une solution intéressante dans la réponse au niveau groupal à ce qui n'est pas toujours que problème individuel.

Peut-être est-il surtout essentiel de conserver à l'esprit ce principe général exprimé par D. BRAUNSCHWEIG, R. DIATKINE, E. KESTEMBERG et S. LEBOVICI : *"En l'occurrence le leader doit articuler au sein le rôle d'un certain Surmoi, dans sa fonction de protection contre les traumatismes narcissiques, et se montrer particulièrement vigilant à l'égard de toute manifestation d'exhibition masochiste susceptible de provoquer l'agression des autres."* (46)

IMPLICATION INDIRECTE

C'est là tout le problème de l'identification partielle ou totale au cas présenté et de l'utilisation du cas comme support projectif ; il me semble qu'il y a là l'un des éléments moteurs de l'éventualité d'une modification de personnalité pour les participants ; le mécanisme en reste toutefois assez obscur ; peut être peut-on avancer l'hypothèse qu'une interprétation sur le transfert du patient dont il est rapporté le cas pourrait avoir une certaine efficience dans les transferts de l'"*hic et nunc*" à la condition toutefois où aurait pu se développer une certaine "névrose de transfert" ; ceci n'est pas du tout évident dans un groupe de formation, comme le laisse entendre D. ANZIEU (9) : *"Cette obscure demande d'expérimenter le transfert (mais non la névrose de transfert) de revivre l'adolescence (mais non la petite enfance) pour y retrouver la disponibilité de ce qui aurait pu être alors possible et de modifier ainsi certains investissements, de se dégager, à travers la mise en question de son identité, de certaines identifications (tout en conservant l'économie générale de ses équilibres inter et intrasystématiques) définit la spécificité de la formation par rapport à la cure."*

Il ajoute par ailleurs : *"Si elle fonde la légitimité d'une interprétation de type psychanalytique, elle permet aussi d'en préciser l'intention, la portée et les limites."*

Peut-être dans un groupe de plus longue durée qu'un séminaire et malgré la médiation du cas les choses ne sont elles pas tout à fait aussi tranchées ?

Au delà de ce qui pourrait être facteur évolutif cette *"utilisation"* du cas n'est pas toujours sans poser problème.

J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, M. PELLET et M. MARIE-CARDINE (101) notent en substance : *"Si l'identification est trop importante le groupe reste sur la réserve, car il hésite à s'orienter vers une psychothérapie de groupe. Il y aurait donc là un risque d'éclatement du groupe."*

D'une façon générale et du point de vue de la technique de l'animateur J. BERGERET et J. GUYOTAT (39) soulignent : *"le futur médécin participant peut s'identifier (défensivement) de façon trop intense à son malade. Il s'ensuit alors que l'animateur, s'il n'y prend garde, lit trop vite dans l'inconscient du participant, et que celui-ci peut le ressentir comme un viol ou une effraction du sphincter, alors que le malade le ressent plus comme une aide adaptée."*

Ils notent plus loin la difficulté exprimée dans les pages précédentes : *"On voit quelquefois se développer des comportements masochistes difficilement contrôlables."*

SEANCE DU 5 JANVIER 1978

Il n'y avait pas eu de séance le 23/12 du fait des congés de l'animateur.

Résumé (d'origine)

Cette fois le groupe est particulièrement grand avec 15, 16 participants au début.

Le silence qui suit la fin de la relève est particulièrement long malgré mon invitation rituelle.

Finalement c'est Gisèle, une infirmière, qui proposera de parler de Mme. G. "comme vous l'avez vue ce matin".

Il faut remarquer que la veille j'étais venu pour un entretien avec une élève-aide-soignante qui avait fait un stage dans le service et participé aux relèves (dans le sens extensif du terme, en l'occurrence) ; elle y était revenue à l'occasion d'une crise d'angoisse ; il n'est pas certain que l'hospitalisation de cette jeune fille précisément dans ce service à partir de celui des urgences soit l'effet uniquement du hasard de la répartition.

J'avais précisé à la surveillante après cet entretien que, bien entendu, on ne parlerait pas de ce cas à la relève du lendemain surtout étant donné les relations qu'avaient encore certains des membres de l'équipe avec elle ; j'aurais probablement dû le redire au début de la séance.

Nous avons donc parlé de Mme. G. qui était entrée dans le service en vue d'un placement, un "cas social" comme on les appelle. Une nouvelle aide-soignante s'est beaucoup exprimée et avec beaucoup de finesse dans l'analyse de son vécu vis-à-vis de cette femme.

J'ai encore été étonné par l'attention que porte l'ensemble des membres de l'équipe aux attitudes, expressions, demandes des patients et finalement par la tolérance qui peut parfois régner à l'hôpital général.

Cette Mme. G. a vraiment eu les premiers jours un comportement difficile, délirant qui avait motivé l'interne à prescrire un neuroleptique mais je n'ai été appelé que plus tard quand les choses allaient mieux.

Toute la première partie de la séance où l'on a parlé de cette dame a été marquée par des remarques plus humoristiques qu'agressives vis-à-vis de son comportement ; la seconde partie a été plus grave tentant d'établir le contenu latent de ce comportement et d'une manière plus pragmatique comment on pouvait répondre à ce problème.

Toutefois dans l'ensemble, peu de gens se sont exprimés et comme la dernière fois le groupe était moins "vivant" malgré l'humour relevé plus haut.

COMMENTAIRE

Plusieurs hypothèses viennent à l'esprit si l'on veut essayer de comprendre tout d'abord la durée inhabituelle d'un silence qui n'a été interrompu que par la proposition de discussion d'un cas choisi en rapport avec l'activité hors groupe de l'animateur.

On pourrait évoquer que le report de la séance du aux congés de l'animateur ait pu jouer un certain rôle.

On peut penser aussi que le problème de l'hospitalisation de cette jeune fille dont la proximité avec l'équipe soignante ne pouvait que favoriser une identification massive était probablement central ; c'était dans cette hypothèse, pour ainsi dire le premier cas qui venait à l'esprit et même non présenté verbalement c'était probablement bien de ce cas dont il était question déjà dans l'imaginaire de chacun : la situation était alors très analogue à celle rapportée plus haut à travers la citation faite de J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET et M. MARIE-CARDINE et le groupe hésitait à s'orienter vers l'analyse

du cas de qui fut l'un de ses membres en tant qu'équipe professionnelle et groupe de discussion de cas et qui était encore l'un de ses membres en tant que groupe extraprofessionnel.

L'animateur aurait peut être alors pu dégager le groupe de cette situation difficile en reprécisant ce qu'il avait déjà dit la veille à la surveillante : c'est à dire sans se contenter d'un désir de médiation qui n'avait d'ailleurs pas été assez clairement précisé. Il ne peut d'ailleurs qu'interroger là son contretransfert à la lumière de la *suffisance* supposée d'une médiation.

Le dégagement au moins partiel est en fait venu de façon très fine de la part de Gisèle qui propose un cas de patient dont elle ne présente d'abord le choix que comme seulement lié au fait que j'ai moi-même eu cette patiente en entretien le jour même : ceci constitue une tentative d'"*isolation*" de la problématique du cas par rapport à ce qui peut être celle, uniquement circonstancielle, du groupe au niveau fantasmatique bien entendu ; mais ceci peut constituer aussi un des signes de ce que je pressentais après l'entretien avec la jeune aide-soignante et qui constituait l'un des éléments de mon vécu contretransférentiel dans cet entretien puis dans le groupe : cette jeune femme était non seulement là en regard de ses difficultés personnelles mais aussi comme représentante, comme symptôme des difficultés du groupe dans son histoire (il faudrait préciser du groupe et de l'équipe d'origine car l'arrivée de nouveaux membres complexifiait encore davantage le problème). En théorie une analyse précise de la situation aux différents niveaux transférentiels et vis-à-vis des différents supports possibles aurait été extrêmement utile mais il y avait bien peu d'éléments pour la mener à bien même probablement pour un animateur d'expérience.

Si l'impression exposée plus haut se justifiait on peut penser que de proposer d'emblée d'écarter le cas de la jeune femme ne représentait qu'un dégagement partiel en ce sens qu'il repoussait à plus tard le problème du groupe en le niant même plus ou moins ; en même

temps était-il possible de l'analyser avec lui ? certainement pas en termes de transfert "*hic et nunc*" étant donné dans cette situation précise l'absence de cadre de référence utilisable, la variabilité des participants, le nombre important de données inconnues quant aux relations en dehors du groupe de discussion de cas.

Le cas que proposait Gisèle représentait en fait probablement une formule de compromis entre désir et défense, entre cas de la jeune fille et cas du groupe mais il serait imprudent de présenter cette hypothèse comme vérifiée.

SEANCE DU 20 JANVIER 1978 - Le groupe de la "vieille dame"

Le groupe est composé d'une quinzaine de personnes avec encore quelques nouvelles têtes.

Le silence qui suit la fin de la relève est très long et c'est moi-même, devant l'angoisse de certains membres, qui finis par demander des nouvelles de Mme. S., une vieille dame entrée pour comportement démentiel et dont l'état a manifestement très bien évolué en un peu plus d'une semaine. Un débat suit, il n'est vraiment pas passionné ; j'induis des rapprochements entre le cas de cette femme et d'autres patients antérieurement hospitalisés dans le service pour des problèmes analogues.

Quand le groupe s'est amoindri et en l'absence momentanée de la surveillante (ce fait n'est pas sans importance) une aide-soignante exprime le vécu quelque peu dépressif de l'ensemble de l'équipe actuellement, d'abord sans préciser.

La surveillante, revenue, m'annonce que le service va s'agrandir et doubler son effectif en utilisant le pavillon de Chir. A actuellement (c'est à dire de psychiatrie anciennement).

La jeune aide-soignante ajoutera que les gens ont l'impression maintenant de ne plus avoir le temps de communiquer avec les malades (et probablement aussi entre eux comme à l'époque d'Avril-Mai 77 où la cohésion de l'équipe était à un tel point que la surveillante avait un vécu quelque peu persécutoire; ces faits ne sont d'ailleurs pas sans évoquer la problématique de "l'illusion groupale" (D. ANZIEU)).

COMMENTAIRES

Le mouvement dépressif du groupe s'accentue franchement et on ne peut plus dès lors ne pas le relier d'une part peut être à la technisation croissante et d'autre part surtout au vécu "préalable" d'éclatement du groupe de discussion de cas et surtout de l'équipe. On est en plein travail de deuil.

La décision médico-administrative avait été communiquée les jours précédant la séance, confirmant les fantasmes présents depuis deux à trois mois.

Il peut être intéressant de rapprocher cette situation des constatations de P.C. RACAMIER (160) : *"L'excès de besogne et le surmenage, une menace exercée sur la vie de l'institution constituent des facteurs évidents de régression transitoire et de dépendance de l'équipe soignante."*

Ce mouvement dépressif n'épargne pas tout à fait l'animateur qui depuis les dernières séances se demandait vraiment si un certain manque de formation ne pouvait pas être un facteur aggravant des difficultés du groupe, malgré la conscience naissante qu'il avait du problème exposé ci-dessus.

Le voilà donc lui-même frustré dans le rôle d'un animateur frustrant (relativement); autrement dit il se retrouve quasiment impuissant et dans un rôle de *"mauvaise mère"*, ne disposant même pas de l'interprétation verbalisée non pour simplement se défendre mais bien pour dégager et le groupe et lui-même d'une mauvaise passe sinon d'une impasse.

Tout au moins est-ce son sentiment.

On le voit donc ici donner lui-même le thème d'un débat et pas n'importe lequel, celui d'une vieille dame chez qui s'était progressivement installée une symptomatologie qu'on appelle habituellement prédéméntielle (dépression, troubles de la mémoire, de l'orientation, misonéisme, exaltation, des sentiments de propriété... dans les descriptions classiques) qui ne s'était pas aggravée bien au contraire : à la suite d'une prise en soin intensive de l'équipe les symptômes s'étaient rapidement amendés (ce fait s'est rencontré plusieurs fois dans des cas semblables : il est probable qu'un certain nombre d'états prédéméntiels et démentiels dits *"séniles"* ne sont pas dégénératifs mais psychogènes ; ce problème sera évoqué plus loin).

L'animateur est donc en train, d'une façon encore plus ou moins consciente, d'essayer de faire un travail psychothérapique de soutien avec *"la vieille dame-équipe"* en lui rappelant qu'elle est une *"bonne équipe"* qui soigne bien, en lui rappelant son *"bon passé"* et en lui laissant entendre qu'elle pourra elle aussi guérir.

Intention, pourrait-on dire louable mais efficacité douteuse.

SEANCE DU 3 FEVRIER 1978 - Le groupe de "la vieille dame démente"

Le groupe rassemble une dizaine de personnes environ. Le silence s'installe à la fin de la relève ; il ne sera interrompu qu'au

bout d'un moment par une aide-soignante me demandant qui parmi les personnes hospitalisées j'ai vu en entretien. Après ma réponse négative le silence se réinstalle ; je ne le laisse pas durer en demandant s'il n'y a vraiment pas de problème relationnel dont quelqu'un a envie de parler ; j'associe moi-même sur le cas d'une femme dont la démence semble déjà bien installée et qui devait être mutée dans le service de psychiatrie du secteur 7. Les participants reprennent en insistant sur la gravité du cas, en comparaison de celui de Mme. S. dont il avait été discuté la dernière fois.

Un "soupçon" d'agressivité se fait jour vis-à-vis du service de psychiatrie qui tarde à la prendre alors qu'elle lui était adressée.

Nouveau silence que je suis décidé cette fois à exploiter pour reposer le problème général des difficultés ressenties lors des dernières séances ; en particulier je pose la question d'éventuelles difficultés liées à l'extension du service. Une aide-soignante, la même qu'au début, prend la parole pour exprimer qu'elle a l'impression qu'"en ce moment d'une part il y a moins de gens avec lesquels on accroche, d'autre part il y a plus de travail du fait de la spécialisation gastro-entérologique du service."

Elle ressent beaucoup moins de cohésion dans l'équipe que fut un temps.

Peut-être est-ce dû à cette intensification technologique, peut-être dû aux changements incessants des membres de cette équipe pour diverses raisons : mutations, formation professionnelle, raisons personnelles...

Elle fait remonter le début de la crise à l'après-vacances et même à cette période dite de "vacances" qui a vu pendant deux mois l'équipe éclater littéralement pour aller renforcer les effectifs des autres services pendant que "la Med. D" fermait.

Actuellement la prise de parole lui semble difficile parce que souvent solitaire avec cette peur que ça n'intéresse pas, peur d'être ridicule.

Les participants reviennent sur cette extension du service qui est synonyme de rupture au sein du groupe, rupture et incertitude qui suscitent à la fois un vécu dépressif et à la fois de l'agressivité : le mot est lâché ! La surveillante prend alors une part active à la discussion disant que cette agressivité elle la ressent très vivement et que par ailleurs pour se défendre elle-même elle a tendance à la renvoyer ; ceci ne manque pas d'ailleurs de susciter en elle beaucoup de culpabilité.

Se pose alors le problème de la responsabilité de cette extension-rupture et du destinataire véritable de l'agressivité. Le "mauvais-objet" désigné reste en partie la surveillante mais se précise surtout en la "personne" de l'administration. Je pointe que la position de surveillante représente l'intermédiaire entre l'équipe et l'administration.

La surveillante annonce qu'elle pourra donner les derniers détails sur ce processus d'extension la semaine prochaine et qu'elle a interrogé plusieurs fois l'administration à ce sujet sans réponse satisfaisante ; elle précise par ailleurs qu'elle laissera libre choix aux membres du personnel actuel pour se situer dans l'une ou l'autre des nouvelles équipes.

Je pose ensuite la question d'un bilan provisoire de l'activité du groupe dans le but d'aménagements éventuels du cadre technique.

Les gens se prononcent assez peu ; il semble que tous trouvent ce groupe utile et intéressant mais que les modalités n'en sont pas satisfaisantes.

Est remis en question le fait que le groupe de discussion fasse immédiatement suite, sans interruption et dans la même salle avec la relève, c'est à dire qu'il ne soit pas dit assez clairement en particulier pour les nouveaux arrivants et par la surveillante que la présence n'est pas obligatoire.

C'est bien sur le problème de la présence de la surveillante qui est reposé là.

COMMENTAIRE

Voilà donc que l'animateur récidive (péché de jeunesse !) mais pas tout à fait impunément.

Les choses sont tout à fait claires quand on sait que le secteur 7 est, cette année là, son secteur de rattachement.

Ceci dit, la suite de la séance pose d'autres problèmes : le transfert se présente particulièrement là sous son aspect clivé (cf. BEJARANO).

Le versant négatif, très chargé émotionnellement a d'abord comme objet la surveillante, bien que ce ne soit pas verbalisé très clairement, et sa propre culpabilité (mais aussi les réactions agressives qu'elle suscite en elle) donne particulièrement prise à ce mouvement ; il se déplace ensuite plus particulièrement sur l'administration (partie du monde extérieur) sans toutefois abandonner son premier objet.

Le versant positif du transfert est surtout dirigé sur le groupe et en partie sur l'animateur ; ce dernier, à un moment donné, mentionne en fait les difficultés de la situation de surveillante dans son rôle d'intermédiaire, avec le désir de la protéger quelque peu.

Cela a eu pour effet, attendu mais toujours désagréable, de diluer le transfert négatif en le déplaçant au moins partiellement sur l'animateur (ce fait là est mal montré dans le compte-rendu).

Si un travail analytique pouvait être fait dans ce type de situation il aurait à tenir compte de la complexité particulière qui réside dans l'intrication étroite entre les éléments projectifs et les éléments de réalité parfois tout à fait déterminants et surtout présentement actifs.

Il est certain par exemple que les projections surmoïques des membres du groupe sur la surveillante éclairent les remarques finales ; il n'est pas moins certain que celle-ci de par son rôle hiérarchique les réalise mais aussi les devance ; autrement dit une quelconque interprétation, au niveau groupal bien entendu, de ces tendances projectives ne pourrait se justifier qu'en rapport avec la même problématique vécue dans la relation au groupe ou à l'animateur, et à partir du moment où celui-ci se trouverait placé dans des conditions de neutralité suffisantes, ce qui n'est pas chose évidente en milieu institutionnel.

Le courant sociopsychanalytique de G. MENDEL (149) voudrait résoudre ce dilemme à travers un système de double interprétation l'une portant sur la vie fantasmatique et l'autre sur le déterminisme socio-politique, analysé en termes marxistes.

Malgré l'intérêt que peut avoir cette réflexion "*in vitro*", il semble difficile de mener à bien un réel travail psychanalytique "*in vivo*" sans faire à l'intérieur de ce temps là une parenthèse sociologique, artificielle mais nécessaire, sous peine de confirmer, bien involontairement d'ailleurs l'argumentation socio-politique dans son aspect idéologique et résistanciel.

Dans le cas présent il est probable qu'une réalité extrêmement préjudiciable à la poursuite de l'activité du groupe était aussi utilisée en termes de résistance ; il aurait été important de pouvoir au

moins dégager le groupe d'un "blocage" d'origine fatasmatique même si on avait peu de prise sur la réalité.

SEANCE DE 17 FEVRIER 1978

Elle n'a pas lieu; quand j'arrive la surveillante m'explique avec une certaine irritation qu'il n'y a pas de temps disponible et que de toute façon la situation n'a pas évolué.

J'ai donc proposé une réunion pour la quinzaine suivante à la place de la séance du groupe de discussion de cas pour faire le point et décider s'il était possible ou non de continuer dans le climat d'incertitude actuelle; à la suite de cette réunion il a été décidé d'arrêter pour l'instant les séances mais par ailleurs qu'une fois l'extension du service terminée et les deux nouvelles équipes constituées et quelque peu "rôdées" il y aurait une réunion d'information pour les nouveaux membres de ces équipes.

Quelques mois après cette information fut faite, mais aucune demande précise ne se fit jour dans les mois qui suivirent ; certains membres de l'ancienne équipe, parmi le peu qu'il en restait m'ont re-parlé avec un certain regret vers la fin 78 du groupe de discussion de cas dont nous avons vécu l'histoire et de l'intérêt qu'ils semblaient y avoir trouvé : il n'est pas impossible que ceci ait à voir avec un certain travail de deuil peu avant mon départ.

Le service de med. D a récemment demandé à M. Th. LARIVIERE, l'interne qui y a pris le poste de consultant en 79, d'animer une séance isolée de groupe de discussion à propos d'un cas particulièrement difficile, ceci donc environ un an et demi après l'arrêt du groupe.

Début 78 une nouvelle expérience commençait.

II - EXPERIENCE DU SERVICE DE MED. A

A) - NAISSANCE

Courant Janvier 78 j'avais proposé à la surveillante du service de réfléchir avec son équipe sur la possibilité d'instaurer des groupes de discussion de cas réguliers complétant les petites réunions informelles que nous avions fréquemment avec certains des membres plus concernés par tel ou tel patient.

Cette proposition avait été accueillie avec un réel intérêt et nous nous étions donnés trois semaines pour faire le point sur cette possibilité.

L'expérience de Med. D semblait, à certains égards, satisfaisante malgré les difficultés que nous étions en train de vivre ; nous lui avons entre autres reconnu une certaine efficacité et l'on en avait déjà un peu parlé dans l'institution, en particulier entre surveillantes.

On peut toutefois se demander si cette proposition n'était pas aussi quelque part déterminée parce qu'il aurait pu représenter pour moi un mouvement d'évitement vis-à-vis d'un deuil qui apparaissait alors inévitable.

Dans le service de Med. A de nombreux patients, à ce moment là, présentaient des troubles psychopathologiques plus ou moins importants et d'une manière générale les soignants m'avaient mentionné à plusieurs reprises des difficultés dans leurs relations avec certains patients.

Ce qui a fini de me décider à faire cette offre a été la constatation une nouvelle fois d'un manque de coordination entre le service et son psychiatre consultant : j'avais vu dernièrement un patient pour un premier entretien et nous avons décidé d'un second dans les

jours suivants : la date et le moment avaient été précisés non seulement avec lui mais avec les membres de l'équipe présents ce jour là. Quand je suis revenu dans le service on m'a appris qu'*"on l'avait fait sortir la veille."*

Je ne sais pas si ce patient avait alors insisté pour l'entretien, il n'empêche qu'on était là dans une situation qui n'avait pu que favoriser ses propres résistances, ne serait-ce déjà qu'en dévalorisant l'entretien prévu. Malgré l'irritation du moment, je voyais surtout là un manque d'intérêt s'expliquant d'abord par le sentiment de ne pas être concerné par ce type de soin et corrélativement par celui d'une dépendance trop importante vis à vis d'un spécialiste désigné : *"Si la dépendance vient du besoin des infirmières, l'expérience montre qu'elle ne provient pas moins du besoin du médecin, la preuve en est qu'elle rétrocede peu à peu, à quelques exceptions névrotiques près, quand le médecin considère les soignants comme des personnes adultes, investies d'un rôle spécifique et considérable."* RACAMIER (159)

De son côté l'équipe, outre les éléments déjà indiqués, se trouvait dans une certaine situation d'instabilité du fait du départ du Dr. LUGAND qui avait gardé ces derniers mois le poste de chef de service qu'il avait aussi à cet étage depuis de nombreuses années. Le Dr. DEAUMONT prenant progressivement la responsabilité du poste, je m'étais, bien entendu, assuré de son accord ; il n'est pas sans intérêt par ailleurs de préciser que là encore une sympathie réciproque constituait une condition générale de fonctionnement non seulement utile mais nécessaire ; la même démarche avait été faite auprès des internes du service.

Au niveau des soignants un effort de recherche se manifestait dans la mise en place de plusieurs commissions d'études (plan de soin, hôtellerie...) et la demande qui a finalement répondu à mon offre s'est présentée au niveau manifeste comme une demande de formation dans le cadre de cet effort plus global.

Nous avons donc fait une réunion préliminaire pour chacun des groupes d'activités du service (il y avait trois secteurs "*géographiques*" à ce moment là) où il fut exposé le principe général d'un groupe de discussion de cas en formulant :

- la règle de libre verbalisation orientée et médiatisée (telle qu'exprimée précédemment).
- la règle de l'ici et maintenant : en fait ne furent précisées que l'heure du début (13 h 30 après la relève) et la durée approximative (une heure).
- la règle de discrétion, simplement évoquée dans la lignée du secret médical habituel ; je précisais toutefois clairement que le contenu des séances restait pour ma part confidentiel : cette règle n'est levée qu'ici qu'avec l'accord des participants et avec les restrictions déjà données.

Je n'avais pas l'intention d'utiliser d'interprétation de l'ad hoc et nunc mais il me semblait important de continuer à envisager ce problème au long de cette nouvelle expérience; même pour la seule réflexion l'établissement d'un garant symbolique minimum semblait utile ; il l'était de toute façon pour les participants en tant que sa verbalisation m'assignait comme porteur d'une loi à laquelle je me soumettais aussi.

Il avait été convenu donc que les membres de l'équipe intéressés s'inscriraient auprès de deux des leurs et qu'en fonction du nombre il serait décidé des groupes et de la fréquence.

Il avait été très clairement dit que la surveillante participerait à l'activité, mais que cette dernière n'avait aucun caractère obligatoire même en cas d'inscription, bien entendu ; j'avais toutefois exprimé qu'il était préférable pour le bénéfice formatif que les gens intéressés y viennent avec un minimum de régularité : cette remarque avait paru aller de soi à l'ensemble des présents.

Cette fois les séances seraient nettement séparées de la relève. L'une des participantes à la sortie d'une réunion préliminaire m'avait demandé de l'assurer qu'il ne s'agirait pas de dynamique de groupe parce qu'elle savait, disait-elle, par les expériences qu'elle avait vécues ailleurs que ça pouvait bien *"faire décompenser les gens"*.

Il s'agit là de la verbalisation de la présence du *"fantasme de casse"* particulièrement décrit par D. ANZIEU (11) : *"Il possède la propriété qui explique sans doute sa fréquence et son intensité dans les sessions non directives de formation, d'accueillir et d'intégrer tous les niveaux de l'angoisse et de leur donner un mode d'expression. On y trouve, intriquées, l'angoisse shizoïde de morcellement du corps et du moi, l'angoisse dépressive de séparation de la mère et l'angoisse de castration au sens strictement phallique du terme."*

Ce fantasme fut donc là exprimé individuellement mais quelques réflexions exprimées à l'intérieur de ces réunions préliminaires lui conféraient une dimension groupale certaine.

D. ANZIEU en rappelle les deux fonctions fondamentales qu'il avait déjà mises en évidence dans le cas de l'*"illusion groupale"* : *"fonction unificatrice du groupe ; mobilisation dans le transfert, du désir de toute-puissance."*

Nous le retrouverons à l'oeuvre dès les premières séances. Il est intéressant d'y rapprocher le contenu de cette *"phase essentielle du travail de la formation"* que constitue la période de préformation dans sa fonction de *"prélaboration"* : *"Dans le mouvement même où la formation, et, d'abord dans le fantasme, est suceptible d'apaiser l'angoisse, celle-ci ressurgit de sa source pour s'opposer à toute modification ressentie alors comme une atteinte narcissique et destruction de soi par l'autre."*

Cette liaison fondamentale de la crainte de changement et de la crainte de la déformation est généralement escamotée dans la demande manifeste mais elle apparait nettement dès que le processus formatif est en voie de s'engager." R. KAES (118)

Dans la pratique s'organisèrent deux groupes d'une dizaine de personnes comprenant des infirmières et infirmiers, des aide-soignantes et la surveillante qui, en fait, ne put participer qu'aux toutes premières réunions (du fait d'une indisponibilité professionnelle non prévisible).

Après discussion en commun il avait été choisi un jour précis de la semaine qui, comme une étude l'avait montré, était celui le moins choisi en tant que "*repos*".

Les deux groupes s'alternaient semaine après semaine.

B) - CHRONIQUE

Il serait bien sur beaucoup trop long de transcrire ici le compte-rendu de toutes les séances bien qu'il y aurait peut-être pu y avoir là intérêt pour le lecteur avisé : je n'ai, d'une façon générale, probablement moi-même su utilisé qu'une faible partie du matériel fourni !

La règle de discrétion rappelée ci-dessus et bien qu'aménagée ne m'aurait de toute façon pas permis de rapporter les dernières séances dont le contenu latent était, si l'on peut dire, trop manifestement en rapport à la fois avec les difficultés tout à fait personnelles dans la réalité extérieure de certains des membres et à la fois avec celles des autres participants, en tant que groupe, dans le travail remarquable de "*soutien*" qu'ils assuraient en fait depuis un certain temps vis à vis des premiers.

Il n'est pas impossible que ce problème ait ajouté, au départ, à la motivation de la demande de formation. Nous n'y reviendrons pas malgré l'importance que ça a pu avoir.

Cette activité n'a été interrompue qu'à la suite du départ de l'animateur (fin de stage annuel) prévu et annoncé environ deux mois avant.

Les deux groupes avaient été baptisés respectivement I et II.

Nous les suivrons de façon plus ou moins détaillée suivant les séances dans toute la première phase de leur évolution, certainement la plus difficile mais probablement la plus instructive.

GROUPE I - SEANCE DU 7 MARS 1978

Le groupe du "gros bébé difforme"

Le groupe se réunit avec quelques minutes de retard dans l'ancien bureau du Dr. DEAUMONT (qui était alors réservé aux réunions, à l'examen de certains patients et aux entretiens; je souligne ce fait car il marquait déjà une reconnaissance institutionnalisée de cette activité là).

Brigitte puis la surveillante sont appelées au téléphone, je propose de commencer tout de même.

L'équipe s'est mise d'accord sur le cas à exposer et c'est Michelle qui propose donc le cas de Melle. V. qui s'était suicidée peu de temps après être sortie du service.

Cette infirmière insiste d'emblée sur l'émotion qu'elle a ressentie, émotion teintée de culpabilité : "j'avais l'impression que nous ne nous en étions pas assez occupé". Elle exprime alors

ses difficultés de communication avec cette jeune fille ; cette constatation est reprise par l'ensemble des participants sauf deux aide-soignantes qui tiennent à moduler le sentiment du groupe : il semble en effet que lors des toilettes et des repas il leur était assez facile de parler et d'entrer en contact avec elle.

Elle se tenait toutefois très à l'écart, repliée sur elle-même de longs moments dans la journée ; "tout le dortoir avait envie de s'occuper d'elle" précise une jeune aide-soignante qui parle à ce propos de maternage. Une autre participante pense qu'il était particulièrement difficile de l'aborder lorsqu'elle arpentait le couloir dans une attitude très stéréotypée, avec une torsion des mains bien particulière.

Là encore une des deux aide-soignantes citées plus haut intervient en s'excusant de ne pas être d'accord de nouveau car elle avait fait l'expérience de l'interrompre dans sa déambulation. Mme. V. s'était alors arrêtée pour discuter un moment puis était repartie, dans la même attitude ; je propose à la participante qui avait parlé avant, d'essayer de nous dire ce qu'elle craignait qu'il puisse arriver en l'abordant : elle avait l'impression que ceci pourrait être vécu agressivement.

Michelle, qui avait lancé le sujet, nous dit qu'en fait ce cas qui, rappelle-t-elle, l'a beaucoup bouleversée (elle avait tout de suite téléphoné dans le service après avoir lu la nouvelle dans le journal) lui fait se souvenir d'un cas très analogue : celui de l'une de ses camarades dans son pays, qui avait aussi le même type de débilité, et dont elle se moquait avec d'autres ; cette jeune fille qui était un tout petit peu plus âgée qu'elle à cette époque était allée se jeter dans un étang.

On entrevoit mieux le "trajet" de la culpabilité qu'elle exprimait au début.

La dessus le groupe associe sur des exemples de patients dits anormaux dont l'équipe avait eu à s'occuper.

- Celui d'un jeune homme qui était sorti d'un accident de la circulation dans un état très régressé ; tout le monde était d'accord pour dire que dans ce cas ça n'avait pas fait de problème car on voyait des progrès de jour en jour ; pourtant la quantité de soins à prodiguer avait été très importante.
- Celui d'un jeune mongolien où l'équipe avait eu plus de réticence.
- Celui surtout d'un "gros bébé" de 31 ans particulièrement difforme, dont ses parents s'occupaient avec une patience infinie comme d'un véritable nourrisson ; il en était réduit à une vie qui semblait purement végétative sans qu'on puisse repérer la moindre émotion dans son visage ; tous ceux qui étaient présents à ce moment là dans le service en ont un souvenir à la fois fort et très pénible ; on redoutait chaque matin d'être affecté au secteur où il se trouvait ; certains mêmes n'arrivaient pas à entrer dans la chambre.

Une infirmière dit qu'elle a toujours eu des difficultés importantes à s'occuper d'enfants débiles ou malformés.

Une autre associe alors à cette difficulté avec ces patients la crainte qu'elle a pu avoir pendant sa grossesse de mettre au monde un enfant anormal ; la plupart des membres du groupe reprennent largement ce thème ; une aide-soignante précise même qu'elle n'a jamais été enceinte mais qu'elle a déjà pensé à ce problème : ce qu'elle craindrait avant tout c'est que l'enfant n'ait ni bras ni jambe .

Bernard, un infirmier, insiste surtout sur sa difficulté à comprendre ces parents qui avaient centré toute leur vie sur un être dont les soins avaient un caractère tyrannique sans espoir d'évolution et qui invoquaient le destin et le ciel ("la croix à porter") pour expliquer leur attitude.

Certaines associent sur leur désir de tuer leur enfant si elles en avaient un comme ça ; Brigitte en particulier précise qu'elle le ferait avant de l'avoir vu et avant qu'il la voit.

D'autres, surtout une aide-soignante, protestent véhémentement contre cette attitude qui leur paraît criminelle.

Je propose de ne pas ouvrir aujourd'hui un débat sur l'euthanasie mais de repérer que le désir de supprimer, d'écarter, coexiste bien avec celui de conserver, de protéger, chacun de ces désirs s'exprimant plus ou moins suivant les personnes.

Il est 1'heure.

COMMENTAIRES

Le thème du suicide est l'un de ceux qui sont revenus le plus souvent tout au long de l'année ; il était déjà "sorti" souvent dans le groupe de Med. D.

Pratiquement, tous les suicidants arrivant aux "urgences" soit restent quelques jours dans les lits de ce service, soit pour la plupart sont hospitalisés dans les différents services de médecine et de chirurgie ; les réactions sont diverses, une chose est certaine : ils ne laissent jamais indifférents les soignants ; nous aurons l'occasion d'y revenir mais il faut déjà noter là l'intensité de ce qui était vécu, en particulier par Michelle.

Au niveau du discours latent les associations de cas et sur les cas (enfants difformes, monstrueux...) signent la présence d'emblée d'une problématique de la filiation. J. GUYOTAT s'est particulièrement intéressé à ce thème et en a noté l'importance dans les groupes de type BALINT (100).

Rappelons brièvement qu'il distingue deux type de filiation :

- la filiation instituée de type paternel qui correspond au fait que la relation de filiation de l'enfant au père est instituée par le groupe, celle-ci se superpose ou non à la filiation biologique.
- la filiation narcissique, filiation maternelle de "corps à corps", corps de la mère au corps de l'enfant.

Il écrit notamment (100) : *"Il m'a semblé que le travail du groupe BALINT dans un premier temps mettait en cause la filiation instituée par rapport à la médecine traditionnelle et donc favorisait le système de filiation narcissique."* ; et ailleurs *"la fréquence dans les groupes BALINT d'histoires d'enfants naturels, de secret sur la naissance , des problèmes de paternité, de romans familiaux, figure évidemment les préoccupations des participants en quête d'une nouvelle filiation qui n'est plus médicale, qui n'est pas psychanalytique."* (99)

N'y aurait-il pas là un des déterminants pour la création de la *"Société Médicale des Groupes Balint"* telle qu'en évoque l'histoire M. SAPIR (166) ?

Ce qui apparaît comme certain, et l'exemple de cette séance le confirme, c'est que cette recherche d'une nouvelle filiation ne se fait pas sans difficulté.

Il n'est que d'en rapprocher la toute-présence du *"fantasme de casse"* pour s'en convaincre.

On est bien là dans cette séance en pleine problématique de la conception et de la maternité telle que la rappelait aussi R. KAES dans son analyse de la situation formative.

Les questions posées, en fait, par les *"membres"* du groupe peuvent s'énoncer dans une identification à différents niveaux :

- identification au *"groupe-femme de profession médicale"* (dans la réalité d'ailleurs le groupe n'était pratiquement composé que de femmes) dans un rapport incestueux à *"l'animateur-homme-psychiste"* : *"N'allons-nous pas engendrer des monstres difformes ?"*

C'est là exprimée la dimension punitive de *"relations hétérosexuelles illégitimes"*, telle que l'évoque M. AUDRAS de la BASTIE (14) à propos d'une séance de groupe BALINT.

R. KAES (120) développe ce thème de *"la formation coupable"* : *"La fantasmatique de la formation comporte cet aspect de la transgression de l'interdit que les mythes et les romans schématisent de différentes manières : soit en attribuant à la créature ainsi formée des caractères de monstruosité, de vulnérabilité ou de révolte contre le créateur, soit en dotant le créateur-formateur de certains attributs qui, tous signifient la marque de la punition, c'est-à-dire de la castration."*

L'être créé et façonné par l'homme transgresseur est un monstre repoussant, malfaisant et destructeur. Tels sont le Golem, le monstre de Frankenstein dont la naissance s'effectue sous le signe de la mort et du désir incestueux."

C'est aussi et à la fois -cela devient clair plus loin dans le texte- l'expression des tendances destructrices liées habituellement à la maternité (cf. M. KLEIN).

R. KAES (118) reprend ce thème : *"Les angoisses liées aux tendances destructrices de la maternité trouvent aussi dans d'autres fantasmes un débouché : ceux de former des morts-nés, des monstres, ceux de les casser, de les rendre difformes ou de les tuer"* et plus loin : *"De même il nous a été donné de reconnaître, dans des rêves de formateurs, dans certains éléments d'analyse intertransférentielle, comme dans certains mythes et oeuvres d'imagination, que les pulsions à détruire et à attaquer in ovo l'être en formation ne sont pas l'exception mais la règle et que dans une certaine mesure, elles constituent une condition du travail de la formation... Celles-ci sont à l'oeuvre tout aussi bien chez l'être en formation dans ses tendances épistémophiliques et dans son désir de savoir, d'être formé, de se former, jusqu'à ce que le processus de réparation, au coeur même de la position dépressive, rende possible une intégration des pulsions partielles et leur sublimation."*

- Identification, dans de telles conditions, au produit de la conception, du groupe dans son ensemble, vécu comme matrice maternelle *"pleine d'enfants, du pénis paternel et d'autres objets"* (R. KAES) : *"N'allons-nous pas devenir nous aussi des êtres malformés (et mal-formés) ?"*

Les tendances destructrices évoquées plus haut sont dans l'image d'un enfant sans membres (ni bras, ni jambe) en relation dialectique directe avec le fantasme de casse.

Il est intéressant de rappeler à ce propos la formulation générale que fait N. NETTER (157) du processus évoqué ici :

"En effet ils (les participants) aspirent à retirer de l'expérience de groupe un surcroît de puissance et de savoir ou savoir faire qui les mettent à l'abri de l'angoisse sociale, au moins autant qu'ils en espèrent une plus grande richesse personnelle. Par ailleurs ils ressentent l'obligation de passer par d'autres pour se perfectionner comme s'il s'agissait de se démembrer soi-même afin de devenir membre d'un corps plus parfait. Au niveau de leurs représentations inconscientes initiales ils vivent un désir de se rapprocher de l'"Idéal" et la crainte que pour se faire il soit nécessaire de se perdre soi-même."

Bien d'autres questions très liées, en fait, à celles qui viennent d'être exposées se profilent à l'aube de cette séance ; parmi celles-ci : Allons-nous être capables d'évoluer de façon satisfaisante et, plus précisément, comme nous pensons que vous le désirez ? sinon n'aurons-nous pas envie de nous éviter réciproquement et qu'en sera-t-il d'une possible dépendance ("la croix à porter") ?

Il y a là à voir avec une situation dépressive en fait déjà présente mais juste ébauchée.

GRUPE II - SEANCE DE 14 MARS 1978

RESUME ET COMMENTAIRE

Le groupe II avait donc tenu sa première réunion la semaine suivante ; il avait, pourrait-on dire, "bénéficier" du "travail d'approche" rassurant du groupe I.

Les associations de cas s'étaient faites à partir d'un premier cas de patient atteint d'une maladie organique (maladie de Ramsay Hunt, à transmission héréditaire) et que l'on trouvait très séducteur, sur le cas d'une patiente de structure manifestement hystéri-

que puis sur celui d'une patiente bien connue des services de psychiatrie qui avait suscité une agressivité "énorme", enfin sur les modes de placements et sur les problèmes qu'a posés l'ouverture des services de SAINT-JEAN-BONNEFOND à l'hôpital général et à la population.

Il est en fait classique maintenant de constater que les membres d'une équipe hospitalière sont journellement confrontés aux problèmes du sexe et de la mort, ce fait a déjà été mentionné ici à plusieurs reprises ; non moins classique est le problème spécifique des difficultés relationnelles entre l'hystérique et le médecin mais aussi les soignants et même l'animateur de groupe *BALINT* (cf. *J. COT-TRUAX* et *C. DAMATO*, 54) ; il ne sera rien ajouté ici aux études très élaborées qu'en ont fait certains sinon pour mentionner que "huit heures par jour" les choses se vivent avec une certaine intensité.

Le discours latent du groupe à la fois illustre le discours manifeste en ce que le groupe s'identifiait aux patients dont il était discuté le cas (il s'agit là du mécanisme de "reduplication" tel que l'ont décrit par exemple *M. SAPIR* (166) et *J. GUYOTAT* (99), vécu cette fois à un niveau groupal puisque la plupart des participants connaissaient et parlaient du même patient) et à la fois décrivait la vie fantasmatique propre du groupe à ce moment précis de son évolution.

Les questions sous-jacentes pouvaient alors se résumer ainsi : Est-il bon de nous laisser régresser ? Qui cherche à séduire qui ? Votre présence et le fait que nous laissions nos pensées évoluer librement ne sont-ils dangereux ? Ne pouvons-nous pas devenir fous ?

On retrouve là à l'oeuvre le fantasme de contamination (cf. *J. COT-TRAUX*, 53). Serons-nous contenus ? (est là aussi, bien sur, posée la question de la Loi).

Le fantasme de casse est ici représenté à ses différents niveaux mais il semble que le niveau le plus génitalisé a avant tout

fonction défensive (mais pas seulement , il est important de le signaler) vis à vis d'angoisses plus archaïques qui "percent" de plus en plus au fur et à mesure des associations.

GROUPE I - SEANCE DU 21 MARS 1978

LE GROUPE DE L'APHASIQUE

La séance commence avec cinq minutes de retard ; après ma proposition rituelle le silence est long, chacun semblant s'interroger.

Une aide-soignante propose que l'on parle de Mr. C. dont on venait justement d'évoquer le cas lors de la relève, certains proposent d'éviter ce cas car ce patient a en effet des troubles du comportement mais dûs à une tumeur cérébrale; la proposition est toutefois retenue par la plupart.

Ce Monsieur est plus ou moins la risée des autres membres du dortoir ce qui pose problème à l'équipe qui évoquait la possibilité de le passer en petite chambre ;il présente un problème d'aphasie mais de l'avis général il est très conscient et comprend bien ce qu'on lui dit.

La plupart s'identifient à ce patient et par là ressentent la gêne qu'il peut éprouver.

Ils hésitent par ailleurs à lui proposer ce changement de lieu car passer du dortoir à la petite chambre signifie aussi aller plus mal, ce que pensent-ils, il saura bien comprendre.

J'indique qu'on ne s'est pas encore demandé si on ne pourrait pas le laisser choisir lui-même ; ceci est accueilli comme une proposition, très favorablement.

Une infirmière se demande si ça ne serait pas possible d'avoir une action sur le dortoir : il s'agit en fait du 6° dortoir, celui où l'on met habituellement soit les vieillards, soit les gens qui ont d'importants problèmes de comportement.

Le matin même l'un des patients de ce dortoir avait dit au Dr. DEAUMONT que ça ressemblait à un dortoir de SAINT-EGREVE, dans la nuit un autre patient du dortoir avait fait un pré-D.T.

La proposition est écoutée avec intérêt mais elle reste sans suite concrète.

On parle ensuite d'un autre malade du dortoir qui "traîne" depuis un mois ; ce patient est venu pour une névralgie crurale aggravée peut être par un diabète mal équilibré.

Depuis le début il a un comportement très opposant : mangeant plus que prescrit dans un premier temps puis refusant de manger dans un second ; toutes les voyaient renfermé, mais ce n'est que la veille qu'on l'a vu pleurer ; l'hypothèse d'un problème dépressif jusque là caché a été ainsi posée (on a en même temps demandé une consultation psychiatrique).

Plusieurs pensent qu'il recherche depuis le début à être materné (le kinésithérapeute, sachant que j'allais avoir un entretien avec lui, m'avait fourni la même constatation).

Il semble aujourd'hui qu'on ait perçu un mieux avec une reprise de l'appétit.

Il est 14 h 30, deux aide-soignantes se lèvent pour partir, je propose la fin de la séance.

Il y a soufflé comme un vent de dépression.

COMMENTAIRES

Cette séance montre bien la *"souffrance professionnelle"* qui naît dans le mouvement identificatoire au patient, en particulier ici à ce patient atteint d'une tumeur cérébrale.

A. MISSENARD et R. GELLY (154), A. MISSENARD (152) ont particulièrement bien repéré et analysé le processus défensif qui se met en place chez le jeune étudiant-médecin vis à vis de ce qu'ils appellent l'*"angoisse professionnelle"*.

Tout d'abord *"tout se passe comme si, ce qui est le plus personnel, ce qui concerne au plus vif et sensible l'étudiant débutant, était à cacher, à préserver, à ne jamais montrer en tout cas ; ce qu'on a senti si violemment parfois, on n'est en effet jamais sollicité de le dire... peut-être en vient-on à se demander si on n'a pas tort de l'éprouver ?"*

L'étudiant va *"dépasser cette "difficulté liminaire" par l'acquisition d'un savoir... puis en accomplissant la suite des gestes et attitudes que les médecins qui l'ont précédé ont accompli à leur tour... enfin et surtout par l'identification au patron."*

"Désormais, au lieu de se laisser envahir par l'émoi, l'étudiant pourra prendre distance et neutralité. Il fera comme ceux auprès desquels il s'est formé ; mais il n'exprimera plus ce qu'il a vécu, senti et continuera de vivre et de sentir, considérant peut-être ses émois comme autant de parasites qui gênent l'exercice d'une science délicate."

Certains ont pu faire remarquer que les mécanismes d'identification défensive au *"Patron"* par exemple se mettaient en place souvent extrêmement précocément ; ceci n'enlève rien à l'intérêt de l'analyse qui en est faite.

Il est tout à fait certain que cette analyse s'applique tout autant à l'élève-infirmière et à la jeune infirmière titulaire, l'identification défensive se faisant électivement aux *"anciennes diplômées"*, à la monitrice de stage...

M. MONOD et N. H. MONTGRAIN (155) avaient animé des groupes de discussion libre, cette fois, avec des élèves-infirmières et des élèves-assistantes sociales : *"elles parlèrent en termes saisissants parfois de leur désarroi, des expériences authentiques mais pénibles, voire angoissantes qu'elles vivaient... l'expérience était déconcertante à force d'être déchirante"*.

En fait étant donnée la proximité physique et affective continue et particulière des différents membres de l'équipe soignante le processus défensif *"réussit"* moins bien comme le montre par exemple le compte-rendu de séance.

Certaines composantes du discours latent du groupe peuvent s'analyser comme suit :

le groupe qui a *"mangé"* (on dit souvent se *"mettre à table"* pour exprimer le fait de parler) plus que prescrit dans un premier temps (on pouvait en effet être étonné par l'abondance du matériel apporté dans la première séance) refuse de *"manger"* dans un second et se retrouve alors dans une situation anorexique dépressive qui se joue déjà par rapport à un Idéal du Moi projeté sur l'animateur. N'allez nous pas vous moquer de nous qui nous nous retrouvons aphasiques aujourd'hui, gênées de l'être et gênées pour vous ?

L'animateur qui propose en fait d'interroger à la fois le patient en question et à la fois, bien que moins consciemment, le groupe de participants sur leurs propres désirs insiste sur l'importance de ce dernier et le respect que l'on doit en avoir ; en même temps toutefois il semble renvoyer le groupe à *"son"* problème(et à *"son"* propre désir)sans lui permettre de s'en dégager.

Ce à quoi on lui répond qu'il est peut-être aussi possible d'envisager une action sur le 6° dortoir (le dortoir "psy") ; on note là chez lui un mouvement contre-transférentiel qui aurait déjà mérité d'être plus élaboré. Il est certain aussi que la situation repose le problème d'une éventuelle interprétation.

Le mouvement dépressif s'intensifie donc ici malgré sa verbalisation au niveau manifeste qui occasionne "un mieux", dans la seconde partie de la séance.

L'animateur n'en est pas exempt et commence à se reposer la question de la "bonne technique" comme il l'avait fait pour le groupe de Méd. D.

"La dépression peut être considérée comme la phase inaugurale du processus formatif, du désir de former et de se former. Elle apparaît au seuil de toute situation formative et réapparaît dans les phases où se profile la menace de la perte de l'objet à former, la crainte d'être dépourvu de la bonne technique qui en assure la médiation, d'être à nouveau submergé par les pulsions léthales et autodestructrices, la nécessité compulsive de réparer l'objet endommagé."

Il y a quelque chose de rassurant pour un jeune animateur à lire ces lignes de R. KAES (120) sans pour cela évacuer le problème d'une recherche sur la technique.

GROUPE II - SEANCE DU 28 MARS 1978 (N° 2)

Disons succinctement que le premier cas présenté fut celui d'un patient récemment entré dans le service pour "accès dépressif aigu" (décompensation d'une personnalité état-limite) et qu'à propos puis à partir de ce cas le thème principal fut représenté par le problème de la "distance relationnelle" et de "la visite" en général ;

les participants s'étaient abondamment exprimés. L'animateur avait pensé utile d'insister sur l'importance de la "fonction de présence" (cf. RACAMIER, 160) que remplit l'équipe dans son ensemble, sans en avoir en fait toujours conscience. Autrement dit "être présent" ne signifie pas "ne rien faire", en particulier dans le cas d'épisodes aigus qui laissent parfois s'exprimer le noyau psychotique de la personnalité du patient.

Au niveau du vécu global du groupe, la dépression était nettement moins présente que pour l'autre groupe.

GROUPE I - SEANCE DU 4 AVRIL 1978, N° 3

Je ne fais le "compte-rendu" qu'une semaine après car cette séance m'avait quelque peu laissé sur ma faim.

Au départ, on notait des difficultés à trouver un cas ; rapidement, à la suite d'une aide-soignante, plusieurs personnes ont exprimé leur surcharge de travail ces derniers jours et leur désir de faire reconnaître cette situation de manière plus directe à l'administration.

Puis une infirmière proposa le cas de Mr. G., comme l'avait fait le groupe de la semaine précédente.

Toutes avaient l'impression qu'il cherchait un peu à les épater en parlant de sa profession, de la plongée sous-marine, on me rapporte que "l'interprétation" que j'avais faite au sujet de ses tendances anorexiques l'a beaucoup "travaillé".

COMMENTAIRES

On est là en plein coeur de la "*position dépressive*" réactualisée aussi bien pour le groupe que pour l'animateur.

Le versant négatif (hostile) du transfert prend d'abord pour objet l'administration puis revient, de manière détournée, c'est à dire à travers le cas et les associations, sur l'animateur à qui, tout à fait inconsciemment bien sûr, on reproche un certain désir d'"épater", en particulier en ce qu'il laisse pressentir une certaine "*connaissance*" des mécanismes inconscients ("*la plongée sous-marine*") ressentie comme persécutoire. Cette constatation, notons le en passant, n'enlève rien à la validité des récriminations professionnelles avancées.

Ce reproche déguisé n'a pas seulement valeur pour la problématique générale, il se rattache aussi au fait que le groupe avait pris pour lui une "*interprétation*" (il ne s'agissait pas en fait d'une véritable interprétation) donnée pendant l'entretien avec le patient.

Le fait que ce dernier ait éprouvé le besoin de s'en décharger au moins partiellement en la "*plaçant dans*" les membres de l'équipe soignante montre qu'il n'avait pu réellement l'utiliser et l'intérioriser, c'est à dire que, pour n'en être pas inexacte cette intervention n'était pas venue à son heure. Dans la forme où l'a reprise le groupe elle n'était pas non plus opérante.

Il s'agit en fait d'une variante du problème évoqué plus haut : une interprétation au sujet d'un cas, de par la fonction même du cas telle qu'elle a été définie précédemment, est parfois reprise à leur propre compte par certains des participants et/ou par le groupe quand elle peut s'appliquer, à travers le cas, aussi à une problématique commune.

Il y a là à la fois possibilité évolutive et maturante mais aussi, dans une certaine mesure, "*danger*" ; nous verrons plus loin un autre exemple.

Dans ce cas précis l'"interprétation" avait donc été proposée directement dans l'entretien et reprise par le groupe : ce phénomène est en fait, sous la forme où il s'est présenté ici, tout à fait exceptionnel.

On peut par ailleurs repérer la première phase du "compte-rendu" (notons qu'il a fallu une semaine à l'animateur avant qu'il se décide à le rédiger, à se "*mettre à table*" comme son "*Idéal du Moi professionnel*" le lui indiquait, et en plus pour "*accoucher*" d'un texte bien peu "*nourri*") non seulement d'une manière générale dans la fantasmagorie orale que partage et le groupe et l'animateur, mais aussi comme contenant l'un des déterminants de la dynamique propre au groupe à ce moment de son évolution.

A. MISSENARD (153) note en effet dans ses travaux sur l'identification et le processus groupal : "*Ainsi un groupe s'unifie par le reflet qu'il donne à son moniteur de l'inconscient de ce dernier, ou de sa problématique du moment.*"

Autrement dit, il peut y avoir identification spéculaire des participants à l'objet partiel groupe ; S. H. FOULKES (74) avait parlé de "*personnification*" pour désigner ce processus. En fait il est manifeste là que cette dynamique a joué pour les premières séances et peut-être tout particulièrement la première ; elle est là par contre en "*faillite*" avec tout l'espoir de maturation que cette "*faillite*" signifie.

Il n'est peut être pas inutile d'ouvrir dès maintenant une parenthèse sur le problème de la terminologie et du langage utilisé d'une part dans le domaine de la psychiatrie ainsi que dans la conceptualisation psychanalytique : terminologie tout à fait importante et nécessaire mais dont l'utilisation dans le cadre du groupe et d'une manière générale à l'intérieur des échanges avec les équipes des services médicaux et chirurgicaux ne peut se concevoir qu'avec beaucoup de prudence.

Autant il va être important, comme le souligne J. CAIN (47), d'acquérir progressivement un certain vocabulaire commun, autant ce langage pourra, s'il n'y prend pas garde, être utilisé défensivement par l'animateur : *"Ainsi une interprétation utilisant des références à un niveau très élevé ou à des formes peu répandues de culture, analogue à ces conférences universitaires brillantes, truffées de citations en langues étrangères et de fines allusions à des auteurs ou à des oeuvres accessibles aux seuls initiés, une telle interprétation introduit dans le groupe un clivage entre ceux qui entrent dans ces références culturelles et qui goûtent le clin d'oeil complice ainsi adressé à leur culture et ceux qui se sentent exclus de ce discours comme l'enfant quand les parents tiennent entre eux devant lui un dialogue plein d'allusions mystérieuses à des scènes d'alcôve."*

Le contretransfert du moniteur révèle ici le désir de briller en exhibant au niveau du verbe un phallus superbe et enviable." D. ANZIEU (9)

Autant dire qu'à l'hôpital général le clivage existant d'emblée au niveau fantasmatique ne pourra que s'accentuer entre l'équipe hospitalière ou le groupe de formation et le psychiatre.

M. SAPIR (166) souligne dans ce sens l'intérêt de cette règle générale qui stipule *"de n'employer que des termes qui au lieu de figer laissent ouverte toute exploration."*

P. C. RACAMIER (160) notait l'importance du problème pour tout travail institutionnel; dans un chapitre sur écueils et fausses routes, il décrivait cette fois à côté de *"l'interprétationnisme"* dont les conséquences peuvent être encore plus graves, le *"psittacisme"* : *"Dans tous les cas décrits l'abus de certains termes recouvrant des notions nouvelles constitue un mode d'approche défensif vis à vis des faits désignés ou d'autres avoisinants. En fait toute notion perd son pouvoir en devenant tarte à la crème ou ne prend qu'un pouvoir ludique."*

Il est vrai que ce dernier risque est surtout présent dans les institutions psychiatriques, mais il peut l'être aussi dans l'utilisation que peut parfois faire l'animateur d'un langage spécialisé.

L. KREISLER dans l'article de R. LEPOUTRE (138) reprend ces deux phénomènes de "l'obscurité du langage" et de ce qu'il appelle la banalisation ("véritables tics verbaux") et ajoute : "Mais le risque de loin le plus important est le risque de déviation ou d'empoisonnement par les mots." Il cite alors ce merveilleux passage de M. TOURNIER dans "Le Roi des Aulnes" :

"Jusqu'ici nous avons découvert des signes sur les choses comme les lettres et les chiffres qu'on lit sur une borne. Mais n'allez pas croire que les signes soient toujours d'inoffensives et faibles abstractions. Les signes sont forts, les signes sont irritables, le symbole bafoué devient diable car il y a un moment effrayant où le signe n'accepte plus d'être porté sur une créature comme un étendard est porté par un soldat. Il acquiert son autonomie, il échappe à la chose symbolisée et ce qui est redoutable il en prend lui-même la charge. Alors malheur à elle parce qu'alors le symbole n'étant plus lesté par rien devient le maître du ciel. Il prolifère, envahit tout, se brise en mille significations qui ne signifient plus rien du tout."

Ces considérations semblent bien proches des préoccupations de R. GORI (92) dans son essai sur le "savoir préalable" dans les groupes de formation :

1°/ - Je propose d'appeler toute rhétorique désincarnée qui surgit comme communication dans une situation thérapeutique ou formatrice : un "langage étranger"...

2°/ - Ce langage se constitue par identifications surmoïques; les modèles identificatoires réfèrent selon les organisations défensives à l'Idéal du Moi, au Moi Idéal ou

tuel de certains termes utilisés jusque là de manière parfois très floue : on y trouve l'interlocuteur dans une "naïveté" qui ne manque pas, à cet égard, d'être questionnante.

Ceci dit la conscience que l'on peut avoir de ces phénomènes n'en écarte pas définitivement les travers et certains processus projectifs, comme ceux entrevus dans la séance précédemment décrite, ne manquent pas de s'y étayer.

GROUPE II - SEANCE DU 11 AVRIL 1978 (N° 3)

Cette séance a commencé avec un quart d'heure de retard mais il n'est pas certain cette fois que le retard soit aussi en relation avec une surcharge de travail.

Le premier cas présenté fut celui qui avait déjà retenu l'attention la dernière fois (le patient hospitalisé pour épisode dépressif aigu); vint ensuite le cas d'un patient lui aussi dépressif mais atteint de sciatalgies d'origine organique; en fait cette dernière hypothèse qui semblait très probable aux médecins du service n'avait pas encore été tout à fait prouvée à ce moment là et les participants se posaient des questions à ce propos et me demandaient de donner une réponse ; mes interventions ont eu surtout pour but, tout en mentionnant l'intérêt du bilan organique de proposer aux participants de préciser et de réfléchir sur les éléments relationnels des soins qu'ils avaient à faire. Il semblait en effet important dans ce cas, entre autres, de présenter ces deux démarches à la fois parallèles et liées, mais non clivées ; c'était d'ailleurs la moindre des prudences ; la suite a montré qu'il y avait à la fois un problème spécifiquement organique dont les incidences subjectives au moins (phénomènes douloureux en particulier) étaient très liées aux tendances dépressives d'un patient qui, lui aussi d'ailleurs, présentait manifestement une personnalité état-limite.

La discussion dans le groupe a alors progressivement porté sur "la perfusion" et sa dimension relationnelle, sur le cadre régressif qu'elle aménage.

Au niveau latent, et à ce propos en particulier, était reprise la question du "Est-il bon de laisser les gens régresser ?" avec la verbalisation de jugements très surmoïques vis à vis des désirs, propres au groupe, de régression et de séduction projetés sur la patiente.

A la suite était exprimée le problème de l'orientation professionnelle et des tests dans la question de leur validité ; outre cette interrogation toujours présente, en fait ambivalente et marquée à la fois du désir de la résistance : "Allez vous, à travers ce que nous disons, découvrir les secrets de notre personnalité ?" il n'est pas impossible que se profile là un mouvement interrogatif qui ne serait pas sans lien avec ce que l'on appelle habituellement dans les groupes de médecins : la "maladie BALINT". J. M. ALBY, M. SAPIR, N. ALBY et S. LEON-COHEN (2) l'évoquent en ces termes : "Le médecin, au cours de sa participation à un tel groupe, passe le plus souvent par une phase d'inquiétude, à un moment donné : il croit perdre son savoir sans acquérir pour autant le sentiment qu'il est généralement plus à l'aise dans sa pratique."

GRUPE I - SEANCE DU 18 AVRIL 1978 (N° 4)

LE GROUPE DE L'INFIRMIERE DE NUIT

Cette séance va débiter avec plus d'une demi-heure de retard sur l'horaire habituel.

La surveillante avait instauré une relève générale à 13 h 30' pour tous les jours de la semaine sans aménagement d'horaire pour le Mardi (jour de la séance) et en oubliant de me prévenir du problème pour ce jour.

J'arrive donc dans le service au début de la relève et j'attends après avoir signifié ma présence.

Nous commençons la séance à 14 h passées; je pose le problème du recul de l'heure du début, non pas bien sur en termes surmoïques mais en proposant d'essayer de comprendre pourquoi : il y a une gêne manifeste parmi les participants et on m'explique la décision du recul de l'heure comme en rapport avec des problèmes dans le service au niveau de la relève, mais sans bien préciser; c'est l'occasion pour plusieurs d'exprimer une certaine agressivité vis à vis de la surveillante car on ressent cette décision comme imposée et non vraiment discutée.

Martine, une aide-soignante, et Bernard ont pris le fou-rire et Martine se sent obligée de sortir un moment. Je remarque la présence d'une nouvelle infirmière; il faut dire que si je ne l'avais pas remarquée tout de suite je n'aurais pas pu ne pas le faire rapidement car elle va m'agresser personnellement d'une part et en tant qu'interne en psychiatrie d'autre part.

Elle me demande tout d'abord si je me rappelle l'avoir pressée à poser une perfusion un jour que j'étais de garde et qu'elle était, elle, dans la fonction d'infirmière de nuit, alors qu'elle n'avait pas que cela à faire (je n'ai pourtant pas un souvenir aussi désobligeant de cette intervention).

Cette nuit le même problème s'était reproduit avec un autre interne qu'elle accuse d'une part de ne pas avoir donné de traitement à une malade que d'autre part il avait placé dans le service de médecine et non de psychiatrie alors qu'elle menaçait de se jeter par la fenêtre.

Cette infirmière s'était sentie obligée de demander à une élève de venir la surveiller toute la nuit. Elle prône une séparation nette entre les malades somatiques et les malades psychiatriques.

Tout le groupe attend mes réactions, très gêné; Bernard est "vert", plus ou moins caché derrière l'armoire ; il essaye de me défendre et le fait d'ailleurs avec véhémence , d'autres l'aident (il me dira à la sortie : "Quel niveau tu comprends pourquoi je ne venais plus ces derniers temps"). Il me semble bien sûr fondamental de ne pas être altéré par la violence de l'attaque ; je propose à cette infirmière de nous parler des problèmes qu'elle a eu en tant qu'infirmière de nuit tout en lui faisant remarquer qu'elle a souvent à surveiller des patients "non psychiatriques" qui lui demandent probablement autant de temps et d'attention.

Elle va surtout exprimer la responsabilité qu'elle ressent devant une personne qui parle de suicide en mettant d'abord en avant le reproche que pourrait lui faire l'administration ; je mentionne que pourtant des cas de suicide ont déjà été enregistrés dans l'hôpital mais que jamais il n'y a eu de poursuite judiciaire ni de sanction administrative vis à vis du personnel soignant et que peut-être il y a d'autres difficultés à envisager.

Plusieurs personnes expriment leurs craintes mais ce qui ressort alors est la culpabilité personnelle que ressentirait cette infirmière et d'autres si les choses se passaient mal.

Le débat se tarit et les participants associent sur le cas de Mr. B. qui est entré pour tentative de suicide ; plusieurs ont remarqué l'apparente légèreté de ses propos, ses propensions à rire qui contrastent avec des moments d'isolement, sinon de dépression.

Je propose au groupe de s'interroger sur ce rire, moyen peut être de masquer cette dépression sinon de la nier; ce disant je prends

conscience que mon intervention va trop vite et trop loin ; en effet Martine, l'aide-soignante qui était sortie pour son fou-rire (qui s'était isolée) s'identifie immédiatement au patient en me disant : "Alors il ne faut plus rire, sinon vous allez penser que c'est parce qu'on déprime."

Je lui précise que ce n'est pas tout à fait comme cela que je vois les choses, que le rire est une fonction normale de la vie mais que dans certains cas on peut peut-être lui reconnaître une signification plus particulière.

La séance se termine.

COMMENTAIRES

Au niveau manifeste, c'est le problème souvent difficile de la fonction d'infirmière de nuit, tant en service médico-chirurgical qu'en service psychiatrique, qui est posé là avec ce sentiment à la fois de solitude et d'insécurité qui s'y associe.

Cette infirmière ne peut en général profiter que de manière très partielle de ce qui a pu être élaboré le jour (il y a là problème) tout en se retrouvant pratiquement seule dans un premier temps pour parer à l'urgence.

L'évocation à la fois grinçante et pleine d'humour qu'en a fait ZOUC montre bien l'importance et la spécificité du rôle : d'abord celui d'une "bonne mère" dont la présence rassurante est garante de la non-dangereosité du laisser-aller régressif nocturne (l'endormissement et le sommeil) ; il y a là de la part du patient comme une sorte de délégation, sinon d'identification projective sur autrui, d'un "moi de veille" ; elle se retrouve aussi, bien souvent, de par les projections que ce rôle suscite, confidente privilégiée des moments d'insomnie.

Au niveau latent on peut penser que la surveillante (que ce titre porte de connotation surmoïque) est là partiellement *"victime"* d'une partie de l'agressivité qui m'était en fait destinée dans l'ambivalence transférentielle du groupe ; on peut en effet faire l'hypothèse qu'elle avait quelque peu agie *"pour le compte du groupe"* le versant plutôt hostile de cette ambivalence, ce qui n'écarte pas l'hypothèse d'éléments projectifs persécutoires de sa part mêlés bien sûr aux problèmes de réalité du service.

La situation en séance était doublement dépressive pour certains : présence latente du transfert négatif -il est important à cet égard de comprendre la remarque que fait Bernard à la sortie de la réunion en situant le *"niveau"* évoqué, non pas comme il semblerait le faire, c'est à dire sur le plan intellectuel de l'intelligence, mais bien sur celui de l'agressivité latente- et expression verbale et émotionnelle par l'un des membres du groupe et à travers un problème professionnel personnel de ce transfert négatif.

Ce que j'ai personnellement vécu à ce moment là est très exactement rendu par la description que fait R. KAES (120) de *"l'épreuve de la fécalité"* : *"il (le formateur) est soumis à "encaisser la merde" sans se sentir détruit ; ce qui est mis à l'épreuve alors, c'est la solidité et la permanence du bon objet introjecté, l'assurance que les pulsions destructrices ne prévaudront pas contre lui."* Il m'assemblé en effet nécessaire pour cela de réaliser dans les meilleurs délais une élaboration de certains des éléments contre-transférentiels qui m'habitaient sur le moment.

J'ai souvent eu ce sentiment en fait parfois très flou qu'il était de toute première importance pour le groupe mais aussi pour moi-même de sentir que je pouvais *"tenir le coup"* dans ces moments là.

En effet, comme le dit plus loin R. KAES : *"à triompher de cette épreuve le formateur pourra à son tour délier l'autre en formation de ses angoisses et de ses fantasmes, d'être détruit et déformé."*

Combien est soulageante en effet l'épreuve qui tend à faire la preuve que ses propres fantasmes destructeurs, en ce qui peut persister en soi de toute-puissance infantile, ne sont pas si forts qu'ils puissent réellement détruire l'autre.

Il était probable que le fou-rire du "couple" Bernard-Martine avait en effet à voir avec à la fois un sentiment dépressif du groupe et la situation d'agressivité verbalisée qui ne manquait pas de favoriser un clivage du groupe en deux sous-groupes : l'un identifié à l'infirmière de nuit, représentant la pulsion, l'autre dont Bernard avait le "leadership" représentant la "défense" (cette fois dans l'acceptation métapsychologique du terme) ; la remarque de Martine vers la fin de la séance après le choix de ce qui est en fait le premier cas de patient de la séance (rappelons par ailleurs que ce patient était dans le service pour une T.S.) et après l'interrogation que j'exprime sur le rire, prend là valeur de "dénégation" dans son aspect confirmatif.

Il est intéressant de remarquer en utilisant la conceptualisation et les termes de BION que la vie fantasmatique du groupe, dominée dans la séance précédente par le "présupposé de base" de dépendance, le devient cette fois par celui "d'attaque-fuite" sans que soit exclu d'une part le premier et d'autre part celui de "couplage". Ce qui avait valeur d'élément de compréhension pour le cas, c'est à dire la dépression pour le rire du patient dont il avait été exposé le cas, est vécu par certains membres du groupe comme interprétation personnelle et groupale étant donné la surdétermination du choix du cas et des associations (même descriptives) qui s'y rapportent.

L'animateur propose là un mécanisme mais n'élabore pas suffisamment devant le groupe le contenu "ici et maintenant" de la problématique transférentielle pour que, si interprétation il y a, elle soit recevable.

D'une manière générale il faut noter dès maintenant que l'expression émotionnelle des éléments agressifs du transfert groupal sur l'animateur par l'infirmière de nuit représentait un "événement" positif important pour la vie du groupe.

GROUPE II - SEANCE DU 25 AVRIL 1978 (N° 4)

Cette séance qui débute à l'heure commence par un "orage" assez comparable à celui de la séance précédemment exposée, ceci à propos du même cas, mais le "mauvais objet" désigné est un autre interne de garde en psychiatrie.

J'apprends en fait que plusieurs patients du service de psychiatrie avaient ces temps été mis en attente dans le service, faute de place; ceci explique en partie (autre déterminant) l'intensité inhabituelle de l'agressivité exprimée. Il y avait manifestement pour le service un certain vécu de "parasitisme" (cf. JAKUBOWITZ, 111) Les associations vont se faire ensuite sur le problème particulier de la tentative de suicide de cette femme, le groupe s'appliquant avec l'aide de l'animateur à repérer les éléments du trajet "originnaire" de l'agressivité, court-circuité par le geste autoagressif.

Une discussion plus générale sur le suicide avait suivie, très passionnée et dans le cadre d'un clivage présent mais flou au niveau du groupe sur le modèle désir-défense.

On voyait d'ailleurs poindre dans la mise en scène qu'en fait le groupe, la dimension du plaisir dans le geste suicidaire. On repère bien généralement ce qu'il en est de la réponse aggressive à une situation de frustration réelle et/ou imaginaire mais il est beaucoup plus difficile d'en repérer la fonction d'accomplissement imaginaire d'un désir infantile inconscient, telle que FREUD (80) l'évoquait déjà dans son analyse d'un cas d'homosexualité féminine."

Cette fonction est bien sur, plus facilement mise en évidence dans les désirs suicidaires chez l'enfant ; la T.S. réaliserait paradoxalement à la fois le désir et la destruction de la partie désirante.

J. C. ROLLAND (165) dans un travail centré sur le texte freudien y développe entre autres l'hypothèse d'un "étayage à rebours" de la pulsion d'autoconservation sur la pulsion érotique ; "à ce titre, dit-il, le suicide est le contraire radical de la sublimation... ce que vise spécifiquement le projet suicidaire, c'est de concilier les exigences de l'imaginaire et celles du réel sans renoncer ni à l'un ni à l'autre."

Il n'est pas improbable que cette dimension du plaisir que l'on ressent aussi chez le toxicomane (dont l'éthylique), l'hystérique... soit l'un des déterminants de l'intense agressivité que suscite le suicidant à l'intérieur des services de réanimation, en particulier (cf. le mémoire pour l'école des cadres de M. F. METIVIER, 151). Il serait intéressant de faire une étude plus détaillée de ce phénomène.

Le dernier cas de la séance ici discutée est en fait tiré de l'actualité "extérieure" (il était clair qu'il avait aussi trait à l'"activité" intérieure au groupe) : il concerne celui d'un enfant qui avait tué son instituteur par vengeance ; ce cas est discuté avec une demande de réassurance que l'on me prie de satisfaire.

Citons les dernières phrases du compte-rendu : "là, la discussion s'anime de plus en plus ; la plupart se plaignent du relâchement de la discipline dans les écoles, à la maison, citant leurs exemples personnels."

Il est, en fait, fait appel là à la fonction surmoïque de l'animateur vis à vis des motions pulsionnelles qui ne sont probablement pas sans lien avec les différents vecteurs transférentiels actifs dans l'"ici et maintenant".

GROUPE I - SEANCE DU 25 MAI 1978 (N° 5)

Je résume simplement la séance qui a fait l'objet d'un nouvel "acting" à la fois de la surveillante et du groupe : retard d'une demi-heure sans problème de réalité de type "surcharge".

Ceci ne manque pas de me reposer le problème de la technique (dont celui de l'interprétation).

Le contenu de cette séance est en fait assez comparable celui de la séance précédente ; j'avais tout à fait l'impression que le groupe à travers les mêmes cas me posait la question : "Pourquoi le groupe essaye-t-il de se suicider ?"

J'avais en fait répondu, à travers l'analyse progressive du cas telle que l'élaborait l'ensemble du groupe, par la mention à plusieurs reprises à propos du cas du mécanisme de déplacement de l'agressivité ; réponse en fait indirecte et vague mais qui semblait avoir aidé au dégagement momentané du groupe par rapport à sa propre problématique ; tous les participants s'étaient beaucoup impliqués ; j'avais été par ailleurs un peu plus didactique (nourricier) qu'à l'habitude.

Nous semblions nous éloigner du "coeur" de la "position dépressive".

GROUPE II - SEANCE DU 9 MAI 1978 (N° 5)

LE GROUPE DE L'INFIRMIERE A LA RETRAITE

Le groupe commence pratiquement à l'heure : c'est un groupe relativement important d'au moins douze personnes avec plusieurs élèves.

Chantal prend le leadership en demandant qui à quelqu'un à proposer et en interrogeant individuellement plusieurs personnes dont une aide-soignante manifestement très timide qui avait du laisser entendre qu'elle parlerait d'un cas ; cette dernière a beaucoup de difficulté à s'exprimer en groupe ; étant à côté de moi elle me parlera directement et en rougissant.

Finalement, c'est Jocelyne, une infirmière, qui propose le cas de Mme. R. qui a été hospitalisée par l'intermédiaire d'une autre infirmière de service, Gisèle, qui n'arrivera qu'au bout d'un moment, Mme. R. est elle-même une ancienne infirmière qui aurait fait une "dépression nerveuse" il y a de cela de nombreuses années et qui s'est trouvée très dépressive à la retraite.

Ces derniers mois elle se plaignait de façon continuelle de séquelles motrices et sensitives alors que son bras fonctionnait, à priori, parfaitement ; elle avait vu une ou deux fois le Dr. M. (psychiatre) mais n'avait pas voulu suivre le traitement prescrit.

Gisèle arrive ensuite et parle de cette femme pour laquelle elle représente la seule amie ; elle avait vu son état se dégrader progressivement l'entendant de nombreuses fois parler de mort, de suicide ; ces derniers jours les événements s'étaient précipités et Mme. R. avait finalement appelé son amie au téléphone lui annonçant que si personne n'intervenait elle se jeterait par la fenêtre, du haut du 11^e étage.

Gisèle précise que de la discussion des dernières fois elle avait retenu que ce n'était pas parce que les gens parlaient de suicide qu'ils ne l'agissaient pas ; elle avait en effet posé une question dans ce sens lors de la dernière séance. Je demande si d'autres personnes ont cotoyé cette femme ; une élève-infirmière dit qu'elle l'a connue en service de dermatologie où elle avait été hospitalisée pour ce zona ; elle avait alors un caractère assez dur, autoritaire, qui

est sa façon d'être habituelle comme le confirme Gisèle ; dans le service au contraire elle l'avait trouvée différente, soit plutôt dépressive, soit souriante mais avec un sourire que beaucoup sont d'accord pour qualifier de mielleux, presque forcé ; la participante qui était à côté de moi m'avait proposé à voix basse "pas franc" mais les autres, l'ayant entendue tout de même, n'avaient pas accepté ce qualificatif.

Gisèle se demande comment aider cette amie ; ce qui la frappe est cette insistance qu'elle a à se plaindre de l'impotence d'un bras qui est en fait tout à fait fonctionnel ; elle note par ailleurs : "Depuis qu'elle ne s'occupe plus des autres comme elle le faisait dans son métier, jusqu'à rester le soir dans son service, elle se sent inutile ; je lui ai bien proposé de s'occuper de mouvements de bienfaisance mais elle a refusé."

Je pointe l'importance du sentiment de dévalorisation qu'à cette femme par rapport à une image idéale qu'elle arrivait à approcher dans sa vie professionnelle avec cette distance qui ne fait que s'accroître entre cette image et l'image qu'elle a d'elle-même actuellement : elle ne s'occupe plus de personne et en plus elle est partiellement impotente.

Gisèle insiste sur le fait qu'actuellement elle ne se permet plus aucun plaisir la natation par exemple qui était une de ses activités préférées.

Je pose la question au groupe de savoir si ce n'est pas une réaction que nous connaissons tous pour l'avoir eue, que de limiter notre plaisir quand on n'est pas content de soi ; manifestement la plupart se reconnaissent dans ce mouvement ; Jocelyne va jusqu'à dire que c'est sans arrêt que ça se produit chez elle.

Je demande par ailleurs si ce n'est pas pour nous tous (nouvelle "fonte" de l'animateur dans le groupe) une façon de se sentir meilleur que de soigner des gens malades sans toutefois que cette activité soit absolument obligatoire pour notre équilibre, que nous nous sentions obligé de rester après la journée de travail par exemple ; là encore cette proposition trouve beaucoup d'échos.

Une participante revient à Mme. R. en disant que le médecin-chef s'occupe beaucoup de son zona mais n'a pas d'entretien avec elle ; je ne relève pas mais je propose, alors qu'il est pratiquement l'heure de la fin de la séance, une manière de voir ce problème un peu globalement, cherchant à proposer une théorisation : "on constate que Melle. R. sent que quelque chose en elle-même n'est pas bon, disons malade, qu'elle a passé une grande partie de sa vie à s'équilibrer en soignant la maladie chez les autres, ce qui a eu pour effet de ne pas entrevoir ce qu'il y avait de malade chez elle ; ce quelque chose de malade est apparu présent chez elle à la retraite avec un sentiment très dépressif et maintenant c'est un peu comme si elle l'avait localisé dans une partie de son corps, le bras, ce qui n'évite pas vraiment la dépression mais diminue peut être l'intensité de la douleur morale."

Certaines entendent très bien cette explication, d'autres peu si ce n'est point ; était-elle utile ?

COMMENTAIRES

Cette séance dont le contenu est assez clair pour que l'on n'y revienne pas longuement montre ici la limite très floue entre activité de formation et activité de thérapie dans le groupe de discussion de cas : il est certain que le cas présenté se prête particulièrement à cette démonstration.

J'aimerais simplement revenir sur deux points :

-d'une part le problème de cette participante qui s'est placée à côté de l'animateur et qui désirant s'exprimer ne peut le faire qu'en parlant à voix basse sinon "*confidentiellement*" (en aparté) à celui-ci ; il se pose là un problème technique : comment écouter cette participante sans "*laisser tomber*" le reste du groupe et inversement. L'animateur a essayé de contourner cette difficulté par la reprise à voix haute de ses idées. en en soulignant l'intérêt dans un mouvement en fait de "*valorisation narcissique de la parole*" (A. BEETSCHEN cité par B. MOUNIER), ceci en espérant que cette fonction de "*moi auxiliaire*" puisse être suffisante pour faire évoluer ses possibilités d'expression au sein du groupe ; le résultat ne fut pas très probant dans l'immédiat.

-d'autre part ce "*reproche*" fait par une participante, à un moment donné de la séance, au chef de service de ne pas s'occuper du problème apparemment le plus important car le plus vital, c'est à dire de ne pas avoir d'entretien avec la patiente.

Il est bien sur hors de question pour l'animateur d'abonder dans ce sens, ce qui serait se départir d'une certaine écoute analytique (autant qu'il peut l'assumer) pour manipuler les éléments transférentiels et favoriser l'établissement de certains clivages dont la constance ne pourrait qu'aboutir en fait à l'éclatement du groupe ; d'autant plus pourrait-on dire que le chef de service représente pour les soignants et malgré l'ambivalence inhérente à la situation hiérarchique le principal pôle identificatoire.

R. BATTEGAY (21) parle à ce propos de "*double loyauté*" envers le chef de service et envers le groupe.

Il est certain que ce problème est l'un des plus importants pour un groupe de discussion de cas en institution.

J. GUYOTAT (98) y voit, à travers la mise en jeu rapide d'un "inconscient politique", la principale cause d'échec.

G. GENEVARD (90) note : *Si la situation groupale permet de mettre en évidence régulièrement des fantasmes revendicateurs envers le service et son chef, il est indispensable que l'animateur prenne un recul suffisant pour ne pas confondre ces fantasmes paranoïdes avec la réalité de l'institution. Dans le cas inverse -si confusion il y a- c'est assurément révélateur d'une contre-attitude de l'animateur significative des tendances compétitives, voire de prestance, par rapport au chef de service."*

On peut en rapprocher ces lignes de R. KAES (120) : *"la marque de la castration symbolique, c'est à dire le renoncement au désir infantile de toute-puissance, garantit dès lors le formateur et l'être en formation contre l'angoisse ultérieure de la castration imaginaire."*

Ceci bien sur est tout aussi valable en ce qui concerne l'attitude de l'animateur vis à vis de la surveillante du service, mais aussi rappelons le vis à vis du groupe entre autres dans le respect comme condition majeure de fonctionnement du caractère strictement confidentiel du contenu des séances.

Il ne s'agit pas en fait de nier certaines réalités socio-politiques ; ce qui est dit là c'est que le groupe de discussion de cas n'est pas le lieu où en traiter sans peine de perdre sa fonction mais aussi en fait son support : le groupe lui-même.

Ceci toutefois n'a pas le pouvoir d'exclure les possibles sentiments projectifs persécutoires du chef de service, de la surveillante, des autres membres de l'équipe non participants ou de l'administration.

G. GENEVARD (90) mentionnait qu'il serait intéressant que le chef de service fasse ou ait fait lui-même partie d'un groupe du même genre avec ses collègues ; il est heureusement possible de faire "sans" ; toutefois on peut se demander si à plus ou moins longue échéance le problème ne risque pas de se poser en ces termes.

Les deux expériences Viennoises ici rapportées ont eu une durée de vie relativement courte pour des raisons spécifiques; toutefois il est bien évident que la souplesse de personnalité et la solidité narcissique des chefs de service qui les ont accepté n'a pu être qu'un facteur favorablement déterminant pour leur évolution.

GROUPE "I" - SEANCE DU 16 MAI 1978 (N° 6)

LE GROUPE DES "VIEUX"

A 13 h 30' la relève n'est pas terminée et j'attends dans l'infirmierie, Bernard ne semble pas très pressé; une aide-soignante me dit qu'il n'y aura que deux personnes cette fois si Bernard ne vient pas ; elle se plaint à une infirmière qu'elle n'est pas dans le "bon groupe", l'infirmière en question est Chantal qui surenchérît sur ce genre de dualité bon groupe-mauvais groupe. L'aide soignante en plaisantant lui demande si elle peut faire partie de l'autre groupe, ce bon groupe.

Je propose que l'on commence après que Bernard ait fini sa relève (la relève se faisait parfois par secteur d'activité uniquement, sans la présence de toute l'équipe dans une relève générale).

En fait il y aura au moins huit personnes dont une nouvelle infirmière (Jacqueline) et plusieurs élèves dont certaines qui faisaient déjà partie de la dernière séance de l'autre groupe. Je propose d'emblée que l'on discute un moment (après avoir rappelé le principe de groupe à Jacqueline) sur les difficultés de ce groupe

qui se sentirait moins bon que l'autre. La même participante qui en avait déjà parlé tout à l'heure me dit qu'elle a l'impression que dans ce groupe il y a plus de personnes d'un certain âge que ça intéresse moins. Les autres participants ne s'expriment pas.

Il me paraît important de dire qu'il y a en effet deux groupes de grandeur différente du point de vue du nombre des participants mais que je pensais que ce qui se disait dans ces deux groupes était également intéressant...

Personne associe et je propose alors que l'on commence la séance elle-même.

Un silence assez long suit, quelques personnes disant qu'elles n'ont pas l'impression d'avoir de problème de relation en ce moment.

Une élève-infirmière propose le cas de deux femmes, Mme. G. et Mme. B., qui sont toutes deux atteintes d'une maladie incurable et dont la mort est proche.

L'une Mme. G. a, en fait, une conduite qui ne met pas mal à l'aise l'équipe, comme c'est souvent dans ce cas là ; on comprend d'emblée que ce qu'elle demande par moment c'est avant tout une présence, quelqu'un qui puisse l'écouter ; tout son être le dit alors clairement ; on pense qu'elle sait qu'elle va bientôt mourir.

L'autre Mme. B. a, par contre, une conduite bien différente à priori : elle demande sans arrêt si ce qu'elle a est grave, comment ça va évoluer et on ne sait plus quoi lui répondre. Je propose que ceux et celles qui en ont envie s'expriment sur leurs relations avec ces deux femmes.

Plusieurs confirment la difficulté ressentie ne serait-ce qu'à entrer dans le dortoir de Mme. B., certaines se demandent si

quand Mme. B. ou Mme. G. leur demandent de les aider à mourir on ne devrait pas le faire.

Jacqueline s'oppose à ce genre de supposition en disant que si elle acceptait, elle ne pourrait plus faire son métier, qu'elle se sent le devoir de préserver la vie jusqu'au bout. Quelqu'un dit qu'on repose là l'éternel problème de l'euthanasie ; une infirmière exprime que dans certains cas il vaut mieux, sinon faire mourir, tout au moins pratiquer l'abstention thérapeutique; elle donne l'exemple d'un homme dont l'état physique était catastrophique avec un ecarre gigantesque et effrayant -les médecins ne rentraient pratiquement plus dans sa chambre- et pour lequel elle avait avec une autre infirmière décidé de ne pas passer la perfusion qui aurait pu calmer un moment son insuffisance respiratoire aigue dont les crises malgré les traitements devenaient de plus en plus fortes, de plus en plus fréquentes, de plus en plus angoissantes.

Elle associe sur le fait que c'est le type de mort qu'elle craindrait le plus : une mort par étouffement.

Jacqueline insiste sur l'idée qu'il y a beaucoup de calmants, d'antalgiques disponibles et que parfois on arrive même à tuer les gens avec ces calmants ; une participante marque des doutes sur l'efficacité systématique de l'arsenal thérapeutique dont on dispose actuellement.

Bernard reprend la parole en disant que "si c'est si gênant de cotoyer la mort imminente chez les autres c'est parce que ça nous renvoie à la nôtre, à celle à laquelle on évite de penser parce qu'elle nous fait pour". Plusieurs personnes reprennent ce thème en confirmant la proposition.

Bernard ajoute que parfois c'est difficile d'admettre la mort d'un malade que l'on connaît depuis longtemps dans le service et

qui est devenu un ami ; il donne un exemple vécu (je me souviens il n'y a pas très pas longtemps avoir entendu Chantal dans l'infirmierie exprimer son vécu très dépressif après la mort d'un patient).

Jacqueline dit que ça c'est surtout au début de la vie professionnelle, qu'après on prend une certaine distance ; Bernard n'aprouve pas cette remarque.

COMMENTAIRES

Cette séance illustre bien les difficultés déjà évoquées à propos des soins aux mourants et en particulier l'intensité des mouvements affectifs sinon transférentiels qui ne manquent pas d'être vécus en situation.

Ceci dit, s'exprime là particulièrement un nouveau clivage qui cette fois concerne l'ensemble de l'institution "groupes de discussion de cas" ; il y aurait disent les participants un bon groupe (le groupe II) celui dont la moyenne d'âge est la plus faible et un mauvais groupe (le groupe I) dont la moyenne d'âge était la plus élevée : il s'agit là de la "scission spéculaire" dont parle R. GORI (90) entre sous-groupes jeunes et vieux ; l'identification au "jeune" animateur en agence partiellement la qualification "bon" ou "mauvais".

Cette nouvelle forme que prend la résistance groupale pourrait être plus facilement, peut être, utilisée dynamiquement dans un groupe large réunissant par périodes les deux petits groupes ; elle l'est moins ici et l'intervention qu'il a semblé à l'animateur utile faire dès le début de la séance aurait probablement mérité d'être explicite et de devenir plus interprétative (si les conditions avaient été réunies pour cela).

Il faut remarquer là encore que ces phénomènes font partie

du non-dit à l'intérieur des séances (au niveau manifeste s'entend) et qu'on ne peut souvent les appréhender qu'en venant avec quelques minutes d'avance dans l'infirmierie.

GROUPE II - SEANCE DU 23 MAI 1978 (N° 6)

LE GROUPE DU "FOU DANGEREUX"

Le groupe commence avec dix minutes de retard environ, il y a 10 personnes; comme la dernière fois Chantal prend la parole pour passer en revue une partie des participants, membres de son équipe et leur demander s'ils ont un cas à exposer ; peu de réponse.

Elle propose elle-même le cas de M. B. qui s'est montré très agressif et dont le comportement lui est resté incompréhensible ; elle démarre en fait une diatribe assez violente contre "la psychiatrie" trop libérale qui laisse en liberté de gens dangereux, sans surveillance ; elle prend à témoin une autre infirmière que ce fameux Mr. B. a presque frappé ; le matin il disait qu'il était vraiment très bien dans le service de psychiatrie ; une infirmière de "psy" était venue le chercher et il avait refusé.

Chantal, à cette occasion, fait des reproches à la tenue des infirmières de "psy" : "elles ressemblent à des hippies, on ne sait même pas si elles sont infirmières, aides-soignantes, A.S.H. ou autres" (parlant peut être aussi là de la structure déhiérarchisée du groupe lui-même). Le Dr. DEAUMONT était très favorable au fait qu'il reste dans son service ; l'après-midi il partait se promener et revenait dans le service en exigeant qu'on lui donne immédiatement ses affaires, menaçant, pour aller dans le service de psychiatrie.

Chantal s'éloigne de nouveau du cas de Mr. B. pour rappeler la peur qu'avaient eu les gens de l'hôpital général à SAINT-JEAN-BON-

NEFOND quand on avait décidé d'ouvrir les services (rappelons qu'elle avait déjà mentionné ces faits lors des premières séances).

Je propose qu'on discute de ce problème en précisant qu'on entendait parfois des opinions contraires à propos des services "psy", autrement dit le reproche d'un trop peu de liberté et que ça pourrait être tout à fait intéressant de se demander comment il se faisait que l'on pouvait avoir des opinions si différentes d'un même endroit.

Plusieurs personnes s'expriment pour modérer le jugement de Chantal, certaines pour dire qu'en fait il n'y a jamais eu de gros problèmes à VIENNE, d'autres pour dire que ce n'est pas parce qu'on est hospitalisé en psychiatrie que l'on est forcément méchant et surtout violent.

Ceci ne décourage pas Chantal qui reprend son réquisitoire en disant qu'elle aussi parfois, elle a envie d'être agressive et de frapper les gens mais ce n'est pas pour cela qu'elle le fait ; elle associe sur les rapt d'enfants et affirme que si on tuait son enfant, elle aurait certainement envie de tuer le meurtrier et que probablement elle le ferait ; une participante émet un doute ; Chantal et d'autres confirment que dans une situation comme celle-là on ne sait pas ce qui peut se passer.

Une participante fait remarquer que finalement tout le monde peut être violent à un moment de sa vie et qu'il n'y a pas que les "fous" ; alors pourquoi les enfermer eux et seulement eux ; une personne renchérit en parlant des automobilistes.

Je fais remarquer qu'effectivement il est frappant de constater que ces derniers tuent plus que les patients des services de psychiatrie mais qu'on en a généralement moins peur ; je propose alors une "interprétation" : "n'y aurait-il pas un rapport à faire entre ces tendances parfois meurtrières que l'on sent confusément en nous et qui

arrivent à nous faire peur et ce que l'on imagine des tendances des patients de psychiatrie ; autrement dit ne serait-ce pas un côté de nous-mêmes que l'on voudrait enfermer dans le service de psychiatrie ?

Plusieurs personnes accueillent favorablement cette proposition, certaines avec un sourire qui en dit plus que des mots ; d'autres ont plus de difficultés à l'entendre.

Une infirmière qui était présente lors de l'altercation avec Mr. B. remarque que le premier mouvement qu'elles ont eu est la peur et la colère "alors qu'avec l'interne qui a pris le temps d'expliquer le problème tout s'est bien passé."

Je fais remarquer que même les chiens ont tendance à mordre ceux qui ont peur d'eux ; peut-être alors que la peur fait peur et suscite l'agressivité ; sourires "entendant" et "entendus".

Plusieurs personnes me demandent des précisions sur les modes de placement (de nouveau) : je fais un petit cours sur le sujet et il apparaît qu'une des questions sous-jacentes les plus importantes est : Y-a-t-il des garanties suffisantes contre les internements abusifs ? Il est certain que cette question en ce qu'elle trouve aussi sens dans la problématique interne du groupe peut s'énoncer de la manière suivante : Peut-on vraiment dire tout ce qu'on veut ici sans que ce soit dangereux pour nous ? sinon empêchez-nous de nous sentir trop libres !

COMMENTAIRES

Cette séance particulièrement vivante et riche est parcourue par un double mouvement : dans un premier temps projection massive des pulsions agressives sur les "psy" (soignés et soignants) à qui l'on reproche d'être "inconscients" et dans un second temps réintégration pulsionnelle avec reconnaissance en soi de l'agressivité et de la peur.

Séance vivante car l'agressivité qui est verbalisée et mobilisée à un niveau important ne devient jamais destructrice ; la permanence du "bon objet introjecté" est là suffisamment assurée et chez les participants et chez l'animateur pour qu'il en soit ainsi.

Il est certain que l'animateur dans sa "minute" didactique sur les modes de placemnt ne répond qu'indirectement au discours latent du groupe, sous forme pourrait-on dire très secondarisée.

Le groupe I après donc un passage difficile reprenait "vie" dans un mouvement progressif de dégagement ; l'arrivée de Jacqueline en son sein en était par ailleurs un élément tout à fait favorable.

GROUPE I - SEANCE DU 30 MAI 1978 (N° 7)

LE GROUPE DE LA REPARATION

En arrivant dans l'infirmierie où aujourd'hui tout le monde se trouve, je suis pris à parti par Chantal qui me dit qu'"il y en a assez" et me demande si je ne peux pas prendre dans "mes" services Mr. M. B. grand-père dont il faut s'occuper sans arrêt et qui, dit-elle, relève en fait de la "psy" ; elle prend à témoin l'infirmière qui est responsahle des petites chambres et qui, elle non plus, n'en veut plus. Celle-ci acquiesce, très gênée en fait de cette agressivité qu'une autre exprime pour elle avec tant de véhémence ; elle ne viendra pas au groupe alors qu'elle avait laissé entendre à une autre infirmière qu'elle y participerait : on l'attendra un moment avant d'apprendre qu'elle est partie à la radio.

Dans l'infirmierie d'autres voix plus nuancées s'étaient fait entendre, celle de Michelle par exemple.

Je m'étais contenté d'écouter puis de dire que si ce Monsieur

posait de tels problèmes de comportement et que le désir de l'équipe était de le faire muter en psychiatrie il fallait appeler l'interne de garde en psychiatrie.

Chantal me demande si ce n'est pas ... "parce que celui là ! d'ailleurs hier je lui ai dit ce que je pensais de lui."

La séance démarre très rapidement sur la proposition de Jacqueline de parler justement de ce Mr. M. B., après avoir demandé aux autres si elles avaient pu observer Mme. B. dont on s'était dit qu'on reparlerait ; devant le peu de personnes qui reprennent ce sujet le cas est laissé de côté (l'autre femme gravement malade, Mme. G. était décédée entre temps).

Jacqueline trouve que Mr. M. B. a des côtés très attachants ; Martine remarque que Mr. M. B. a donné un nom précis, elle c'est Mme. DUBUIS, a chacun des membres de l'équipe, nom qui ne correspond en rien à leur réalité à eux, mais qui reste invariable dans le temps.

Une participante décrit le comportement de ce vieillard : "Il va dans les chambres des autres et ramasse tout ce qu'il trouve, parfois avec beaucoup d'agilité ; il n'y a pas longtemps il a pris des plats du plateau de Mme. X. avant qu'elle ait eu le temps de s'en apercevoir."

Une autre remarque qu'il est allé détacher une patiente agitée ; Jacqueline pense que c'est par identification avec cette patiente, lui-même ne supportant pas d'avoir des entraves.

Une autre a remarqué qu'il se comporte comme un chiffonnier et que c'était sa profession, autrement dit qu'il continue à l'exercer d'une certaine façon dans le service.

Jacqueline et une aide-soignante ont aussi remarqué qu'il appelle souvent sa femme tout en ne la supportant pas quand elle est présente et que parfois il appelle sa mère ; j'é mets l'hypothèse que c'est peut-être la même image rassurante qu'il appelle.

Beaucoup semblent d'accord et les participants font un rapprochement avec le nourrisson.

Je parle en termes, autant que possible, courants du vécu schizo-paranoïde du nourrisson et évoque les phénomènes d'identification projective en proposant l'hypothèse que ce sont peut-être des morceaux de lui-même que Mr. M. B. essaie de rassembler.

Une participante dit que ce patient quand on l'emmène hors de sa chambre, pour un examen par exemple, exige d'emporter toutes ses affaires intimes (dentier, urinoir...). Je propose de relier ça à cette difficulté qu'il a de percevoir sa propre identité et sa propre image du corps ; une élève ajoute qu'il emménage l'espace comme si c'était chez lui ; une infirmière puis plusieurs autres participantes ont aussi remarqué qu'il se donne un rôle de directeur des opérations, de patron.

Je lui fais remarquer qu'il fait ça dans une situation où il ne contrôle en fait plus rien et qu'il y a peut être un rapport de cause à effet.

Jacqueline réfléchit tout haut sur le sentiment de solitude que doivent avoir les vieillards, sentiment qu'elle ne supporterait pas et en demandant quelle solution on pourrait apporter à cette solitude ; je mentionne l'exemple des clubs du 3^e âge ; une élève parle d'une plus grande prise en charge familiale ; "oui mais à l'hôpital ?" Je propose l'idée de réunions, de sorte de clubs hospitaliers ; une infirmière parle de l'importance d'un service d'hospitalisation à domicile.

Les participantes décident d'emmener plusieurs personnes isolées dans le service en promenade ; ce sont des élèves du groupe qui vont pouvoir s'en charger.

N.B. J'avais dit vers la fin de la séance que la gérontologie était une science récente et que finalement jusqu'à maintenant on s'était assez peu penché sur la compréhension du comportement des vieillards et donc que cette démarche du groupe m'apparaissait comme tout à fait importante.

Ceci signifiait, je crois, deux choses : d'une part que j'avais l'impression moi-même d'en savoir peu à ce sujet, d'autre part que le travail et la réflexion au sein du groupe semblait particulièrement intéressante tant sur le plan manifeste (dans le sens d'une recherche) que sur le plan de la dynamique fantasmatique du groupe.

COMMENTAIRES

Au niveau manifeste tout d'abord : le groupe (dont l'animateur) ébauche un modèle théorique de compréhension de certains états pré-démentiels et démentiels du vieillard. Ce problème avait déjà été évoqué à propos du groupe de Méd. D.

Il n'y a là bien sûr qu'"ébauches" et "hypothèses" mais l'idée même d'un sens possible apparaît opérante; nous avons plusieurs fois essayé de la mettre en pratique dans ce cadre institutionnel en accordant une place importante à la fois à la verbalisation et à la fois aux techniques d'abord corporel direct (fidèles pour ce dernier point à l'école d'AJURIAGUERRA). L'équipe soignante était aidée dans cette tâche par la participation précieuse de l'équipe des kinésithérapeutes de l'hôpital pour qui ces indications étaient bien sur au début tout à fait inhabituelles. L'expérience a montré en effet que dans un certain nombre de cas où l'on pouvait (et l'on prenait parti de se mettre dans les conditions d'écoute pour) élaborer avec ces patients

dans les premiers temps d'installation d'une symptomatologie qui est le plus souvent progressive, quelque chose de l'ordre d'un mouvement dépressif la plupart du temps extrêmement douloureux, la symptomatologie dite déficitaire s'amendait de façon durable. Il est d'ailleurs d'une manière générale tout à fait frappant de constater le balancement fréquent, au moins dans ce qui peut paraître représenter les premiers mois d'évolution, entre phases de "lucidité" mais de dépression et phases de déni du "présent" (des phases ou bien un état plus franchement psychotique apparaissent souvent là comme une "troisième voie").

Que le processus de la sénescence dans ses aspects organobiologiques ait pratiquement toujours un rôle ne fait pas de doute ; il n'empêche toutefois que la "*manière de vivre*" les fantasmes qui s'y associent ont dans certains cas force de loi bien au delà d'une toujours possible dégenérescence.

Autrement dit il me semble que les éléments sociogénétiques et psychogénétiques sont parfois beaucoup plus puissamment actifs que l'organogénèse qui est, dans ce cadre psychopathologique, pratiquement systématiquement invoquée.

Il se trouve que "*la psychanalyse*" (en dehors, il est vrai, du courant Jungien) s'est jusqu'à maintenant, et, au moins en partie pour des problèmes d'indications, relativement peu intéressée à ce problème ; on peut toutefois se demander s'il ne va pas être utile, ne serait-ce que pour la question de la thérapeutique et de la prévention, de le préciser comme on a progressivement ressenti la nécessité de le faire il n'y a pas si longtemps pour le cas de l'enfant "*déficient mental*".

Cette idée commence à poindre et les différents travaux d'auteurs comme par exemple en France C. BALIER, P. NOEL, C. PENET ou C. LEJEUNE, l'ouvrage remarquable et la recherche de M. DACHER et M. WEINSTEIN(58) tendraient à lui accorder quelque crédit. Elle ne

sera pas développée (en particulier au niveau métapsychologique) dans le cadre de ce texte.

Une chose est certaine : les équipes en particulier de Med. D et de Med. A ont souvent fait avec les vieillards un travail étonnant dont l'exemple rapporté dans cette séance n'est pas le moindre.

Au niveau latent on repère là le processus de réparation à l'oeuvre clairement vis-à-vis du vieillard "*psy*" mais en fait vis à vis du couple vieillard dément-animateur psychiatre qui au début sont mis "*dans le même panier*" ; autrement dit le clivage "*bon*" animateur nourricier (qui intervient par ailleurs sous forme d'une aide directe dans le service) et "*mauvais*" animateur frustrant se résout dans le dépassement de la position dépressive par le processus de réparation ; il en est de même et de façon beaucoup plus manifeste pour le clivage bon vieillard de service de médecine-mauvais vieillard de service psychiatrique.

On peut dire en fait que la verbalisation qu'a fait en particulier Chantal depuis plusieurs séances de l'agressivité vis-à-vis de ce qui est "*psy*", prenant ainsi le leadership de ce mouvement pulsionnel, a été certainement tout à fait bénéfique pour les deux groupes (allant probablement au delà de la simple catharsis) ; ceci ne l'a bien entendu pas empêcher de prendre une part active à ces processus de réparation.

Une crise se dépassait pour le groupe I mais une autre apparaissait pour le groupe II.

GROUPE II - SEANCE DU 6 JUIN 1978 (N° 7)

LE GROUPE DE LA "FEMME LIBRE"

Jacqueline qui n'était pas au courant de la fréquence bi-hebdomadaire des séances pour chaque groupe vient pour participer à celui là ; quelqu'un lui fait remarquer mais l'ensemble est d'accord pour qu'elle reste.

Chantal s'excuse de son énervement de la semaine passée mais répète qu'elle supporte mal les malades psychiatriques; elle restera debout durant toute la séance.

Le principal cas retenu est celui de Mr. R., un jeune homme qui est revenu dans le service à la suite d'une "mini T.S." par coupure superficielle après un premier séjour pour syndrome dépressif et douleurs lombaires au cours duquel il avait eu des perfusions qui lui avaient, disait-il donner l'occasion de vivre" un des moments les plus heureux de sa vie".

Plusieurs participantes évoquent le vécu de dévalorisation qu'il a depuis un accident du travail suivi de l'exérèse chirurgicale d'une hernie discale.

Au bout d'un certain temps la discussion tourne court ; après un moment de silence quelqu'un redemande des précisions sur les placements volontaires et les placements d'office; une autre participante sans attendre la réponse dit qu'on ne peut pratiquement rien faire dans des cas comme celui de ce jeune homme.

Quelques instants auparavant une infirmière était allée chercher Paul, un infirmier psychiatrique en stage pour acquérir le diplôme de soins généraux, sur le conseil d'une autre qui trouvait qu'il aurait des choses intéressantes à dire sur le sujet.

Paul fait remarquer que dans la famille de Mr. R. la mère et la soeur ont eu des problèmes dépressifs ; Chantal dit qu'il ne faut vraiment pas être normal pour vouloir se couper les veines comme cela, avec une mimique très suggestive.

Quelqu'un avait parlé d'auto-punition à ce propos; Paul renchérit en citant des cas d'auto-agression qu'il a vus à l'Hôpital du Vinatier, en particulier un très horrible, d'autoamputation de la jambe ; tout le monde manifeste étonnement et dégoût.

Une participante va reprendre le cas de l'incurabilité en disant que c'est certainement héréditaire, ce que, à mon étonnement, beaucoup reprennent ; je le manifeste en remarquant que jusqu'à maintenant on a souvent pu découvrir différents mécanismes non héréditaires dans la compréhension des problèmes tels que les tentatives de suicide et que nous n'avions pas senti le besoin d'invoquer des causes héréditaires.

Jacqueline se demande s'il n'y a pas un problème avec la femme en remarquant la dépendance réciproque qui les lie. ; Chantal réagit intensément en disant qu'elle ça n'est pas son cas et qu'elle se sent bien libre et indépendante.

Gisèle rétorque qu'elle doit bien être là pour les repas de son mari et de son fils ; la discussion se poursuit un moment avec deux "clans" : un premier avec à sa tête Chantal qui prône "la liberté totale dans le mariage" et un second, dont Gisèle a le leadership, qui dit que le mariage a ses obligations et qu'il faut s'y conformer. A un certain moment Chantal dit en me regardant : "On ne va pas tout de même se laisser faire par les bonshommes, non !"

Après avoir exprimé, en réponse à l'interrogation, en fait destinée à l'ensemble à groupe, d'une participante sur l'intérêt d'une telle discussion, que c'était souvent utile de reconnaître ses

propres réactions dans sa propre dans sa vie pour comprendre celle des autres, je propose l'arrêt de la séance étant donnée l'heure.

COMMENTAIRES

Le texte du compte-rendu reprend en fait insuffisamment la réflexion qu'avait fait le groupe à propos du cas de ce Mr. R. ; il est un fait que quand je l'avais rédigé (le lendemain, en général) j'étais tout à fait préoccupé par le contenu latent de cette séance à la fin de laquelle très volontairement j'avais laissé le groupe évoluer vers la discussion libre : il me semblait alors important de le faire pour comprendre les différents phénomènes constatés dont entre autres :

- le choix d'un cas d'autoagressivité et d'autopunition avec les associations sur l'autoamputation.
- le retour répétitif de la question des placements.
- le groupe me délègue Claude, lui-même infirmier psychiatrique, pour parler à sa place.
- la négation inattendue et inhabituelle de toute psychogenèse.

Autrement dit le groupe des participantes faisaient une véritable amputation d'un "moi analytique" dont elles s'étaient pourtant servi en plusieurs occasions jusque là prônant et réalisant de nouveau un clivage tout à fait castrateur pour l'activité du groupe dans son ensemble.

L'intervention de Jacqueline, reprise par Chantal, permet au groupe de s'exprimer sur le couple dépendance-indépendance, séduction-

non séduction ; il semble cette fois que cette problématique se joue à un niveau beaucoup plus oedipien qu'au début même si elle se trouve toujours infiltrée d'éléments prégénitaux.

Il m'a semblé alors que la dynamique de cette séance et de la situation se centrait autour du thème de la culpabilité. Je n'ai toutefois compris qu'un peu après que ce phénomène tout à fait banal à ce stade de l'évolution du groupe était là intensifié par le fait que nous abordions la période des congés annuels, période accompagnée d'une réduction d'effectif ; il est apparu clairement par la suite que les membres du groupe vivaient plus ou moins bien, du fait de la situation présente, le plaisir qu'ils pouvaient prendre à fonctionner dans le groupe alors que pendant ce temps ils laissaient le travail et la responsabilité du service aux membres non-participants de celui-ci ; que les reproches soient réels ou présumés (projections surmoïques) le résultat était sensiblement le même.

Ce qui était peut-être "*supportable*" en dehors d'une crise d'effectif le devenait beaucoup moins alors.

Je dois ajouter que la culpabilité jouait aussi pour moi à ce niveau : j'avais une certaine crainte que ma non directivité ait en soit intensifié le processus et pu porter préjudice à l'évolution du groupe : autrement dit n'allais-je pas "*payer*" mon désir de comprendre, sinon mon plaisir à comprendre ?

Cette culpabilité ne manquait pas de se jouer aussi au niveau prégénital pour les soignants (ne sommes nous pas de "*mauvais*" soignants qui laissons nos malades avec très peu de surveillance) et pour moi (ne suis-je pas un "*mauvais*" animateur qui laisserait s'abîmer "*son*" groupe).

Une interprétation aurait-elle désintensifier suffisamment cette problématique pour que le groupe puisse continuer son activité

pendant cette période de congés ? c'est bien la question qui se pose ; devait-elle porter sur la dépendance, sur la culpabilité, sur les deux ?

La semaine suivante le service était en effervescence et il était hors de question de se réunir pour la séance prévue ; nous avons donc décidé de voir la semaine prochaine si les choses s'étaient quelque calmées ; en fait elles s'étaient intensifiées et d'un commun accord il a été décidé que nous reverrions la situation à la mi-septembre, époque à laquelle l'effectif serait revenu à peu près normal.

Et de fait les deux groupes ont repris leur travail vers la fin Septembre.

L'effectif des groupes s'était amoindri au cours de l'année en particulier dans les périodes de crises et fin Octobre chaque groupe ne comprenait plus environ que 50 % de l'effectif de départ ; les participantes restantes étaient venues régulièrement ; les groupes étant ouverts et des élèves y participaient souvent.

Les membres des deux groupes décidèrent alors d'opérer une fusion pour ne constituer plus qu'un seul groupe qui se réunirait chaque semaine, ce que j'acceptais.

Il est certain que l'absentéisme et surtout les départs prennent, comme le notent C. DURAND et C. CHERPILLOD (66), valeur d'agression pour les membres du groupe : agression de l'animateur mais aussi agression du groupe.

Il est bien entendu tout à fait fondamental que l'animateur puisse élaborer suffisamment son contre-transfert pour ne pas vivre ces faits comme une agression personnalisée l'atteignant dans son narcissisme "professionnel" et lui renvoyant systématiquement la culpabilité du "mauvais" animateur, ce qui n'exclue pas là encore les recherches au niveau de la technique.

Ce faisant l'animateur aide les membres du groupe à se dégager eux-mêmes par identification d'un vécu d'agression : là encore il leur permet de faire l'épreuve de la non-réalisation de leurs propres fantasmes destructeurs.

Les auteurs du centre A. BINET (46) mentionnent ce problème en ces termes :

"Le risque de rejet du déviant existe toujours au départ et se traduit volontiers par la disparition de quelques uns des participants dès le début du cycle de formation ou bien au cours de la vie de groupe. Mais on ne peut dissimuler que le travail du groupe exige quelquefois cette amputation qui peut, seule, parfois le préserver et lui permettre de survivre."

Il est certainement important de considérer que dans ce système la sélection préalable (présélection) paraît impossible : la mise à l'écart d'emblée de certains membres de l'équipe serait vécue comme une atteinte narcissique intolérable, comme une désignation en son sein par le psychiatre des personnalités pathologiques (et pas seulement de personnalités insuffisamment motivées) : les discussions à ce sujet lors du II^e Congrès de LAUSANNE (170) le confirment pleinement. Ce qui peut être envisagé pour un groupe BALINT classique formé de participants qui ne travaillent pas ensemble et ne se connaissent souvent pas au départ ne l'est certainement pas ici ; il faut donc s'attendre à ce qu'une sélection se fasse spontanément au cours de l'évolution du groupe, ne serait-ce qu'en fonction du principe de "sauvegarde des équilibres économiques" (RACANMIER) et ceci en fonction de la technique propre de l'animateur.

Le groupe (I + II) de Méd. A. continua donc son activité jusqu'à la date prévue² de l'arrêt ; les séances y furent très animées et on avait l'impression de "souffler" après les crises de la première période ; nul doute que si cette activité s'était prolongée d'autres n'auraient pas manqué de surgir, ne serait-ce par exemple

que du fait peut-être de l'accentuation du décalage entre participants et non participants dans la prise de conscience de la dimension psychologique des soins allant de paire avec la superposition au "*modèle théorique originaire*" (RACAMIER) d'un nouveau modèle théorique dont l'acquisition progressive n'allait pas sans celle, sensible chez les participantes, d'une nouvelle "*grille sémiologique*" (RACAMIER).

Il n'est toutefois pas certain que cette coexistence n'ait réellement pu rester à la fois pacifique et dynamisante. Pour ce qui est de la dynamique propre du groupe dans les derniers mois de fonctionnement il paraît intéressant de noter ce signe de santé qu'a représenté la mobilité des fonctions de leadership (cf. BEJARANO).

Le travail de deuil s'est fait sans à-coup notable et la dernière "*séance*" (mi-Décembre) s'est déroulée dans une ambiance chaleureuse autour d'un bon gâteau arrosé au champagne qu'avaient apportés les participantes : symbolique bien agréable d'avec laquelle les termes du projet ne nécessitaient pas de prise de distance analytique !

D - EVALUATION

Chapitre pour le moins difficile pour lequel il semble bien nécessaire de faire le deuil de l'objectivité scientifique.

A l'exemple de J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET, MARIE-CARDINE (101), de J. GUYOTAT (103) et de M. SAPIR (166) il se limitera en fait à "*la récolte de témoignages subjectifs*" (démarche à caractère quelque peu narcissique, faute d'une autre plus satisfaisante) laissant au lecteur le soin, à travers le texte de ce travail, d'essayer de s'en faire une idée personnelle.

J'ai donc proposé à Melle. GARBOUD, la surveillante du service de Med. D de rédiger, si elle s'en sentait l'envie, un petit texte sur l'expérience vécue ; il ne restait que très peu de membres participants de l'ancienne équipe soignante dans le nouveau service si bien qu'il était difficile d'avoir un témoignage collectif.

La même démarche fut faite en direction de l'équipe de Méd. A. ; ces deux propositions furent accueillies favorablement.

La réflexion se situait donc à un peu moins de deux ans de la fin de la première expérience et d'un an de la seconde ; ce recul avec lequel on ne peut prétendre à l'élimination complète des "résidus" transférentiels, les limite probablement, ayant laissé peut-être se parachever suffisamment le travail de deuil.

Notons entre parenthèses qu'au cours de la seconde expérience une troisième demande avait vu le jour mais il ne put y avoir de réponse.

Melle. GARBOUD a donc écrit un texte détaillé qui reprend l'historique de l'expérience de Med. D , il m'a été très utile pour la décrire moi-même ici ; je ne le rapporterai donc pas dans sa globalité pour éviter les redites.

Par contre, après avoir tout de même noté l'impression générale positive qui semble se dégager de cette présentation historique, voici le paragraphe de ses réflexions personnelles :

"Ce sont souvent les A.S.H. et les A.S. qui s'expriment le plus :

- ont-ils plus de problèmes avec les malades ?

- ont-ils plus de relations avec eux ?

- ont-ils un vécu plus riche leur permettant de réagir plus souvent ?

Par ailleurs, ayant assisté à pratiquement toutes les relèves, j'étais personnellement "gênée" lors de l'intervention de certains membres de l'équipe, gênée en tant que personne et non de surveillante.

J'éprouvais une certaine crainte pour la personne qui s'exprimait, crainte qu'elle ne prenne conscience de ses problèmes personnels et ne puisse y faire face.

Cette crainte n'a jamais été confirmée et ce serait plutôt le contraire d'après certains agents qui reparlent volontiers de ces relèves."

L'équipe de Med. A. a rédigé le texte collectif suivant :

"L'utilité s'est faite sentir pour nous, à la suite de l'admission de patients posant des problèmes psychologiques, de la création de groupes de discussion et d'un "encadrement" par une personne compétente (psychiatre).

Il se trouve qu'après ces discussions où l'on traitait d'un cas particulier et de la façon de l'aborder nous nous sommes rendues compte que beaucoup de personnes qui étaient entrées pour des problèmes médicaux avaient également un problème psychologique.

Notre formation d'infirmière de salle ne nous a pas habitué à comprendre et à analyser le psychisme de l'être humain.

Nous ne pensions pas toutefois au départ demander la présence régulière d'un interne en psychiatrie pour nous aider à aborder ce genre de malades.

Pour l'infirmière le mot psychiatrie a un sens péjoratif (être en psychiatrie signifie "être fou") et il nous est facile de répondre aux "Urgences" lorsqu'on nous demande de la place pour une T.S. "Encore un psy !"

Lorsque Mr. REY est venu nous sommes allées à la réunion avec une certaine curiosité mais aussi une certaine crainte, celle de "se découvrir soi-même" à travers certaines dimensions.

Ce "connais toi toi-même" fut en fait bien difficile et il nous était plus facile de discuter de cas de malades.

Les choses furent possibles également parce que l'équipe était bien soudée ; par ailleurs la confiance que nous avons en Mr. REY a beaucoup contribué à ce qu'elles le soient.

Nous nous sommes rendues compte que parfois le simple fait d'être vêtues de blouses effrayait le malade, le mettant en position d'infériorité ; de même il en était du fait que nous soyons des bien-portants alors que lui était "cloué dans son lit".

Nous avons ressenti le besoin de traiter de chaque cas en particulier.

Les exemples ne manqueraient pas mais pour mémoire nous tenons à parler particulièrement de Mr. M. B. et de Mme. T. parce que tous âgés.

Nous avons discuté du cas de Mr. B. lorsqu'il s'était "déchaîné" un après-midi, cassant son flacon de perfusion et nous jetant les verres et flacons qui se trouvaient à sa portée. Il ne savait plus se situer dans le temps et ne trouvait certains repères que dans l'écriture de souvenirs ; toujours les mêmes sur un carnet, nous avons pu l'aider lorsque nous avons compris son état d'esprit et que nous sommes rentrées dans son monde (par la suite il participait à la distribution de la tisane, du café l'après-midi, au pliage des torchons et venait discuter dans l'office infirmier).

Le problème de Mme. T. était encore plus clairement d'ordre affectif. Elle souffrait de l'absence de son fils et de son incapacité à aller vivre chez lui. Pour dialoguer avec elle nous avons dû d'abord tout remettre en question dans l'équipe, chose qui n'avait jamais été faite auparavant. Une sérieuse remise en question s'en suivit donc et qui bouleversa pendant un temps notre travail (nombreux conflits de caractère, remise en question professionnelle, rejet de l'autorité hiérarchique...), cela se passait hors les réunions.

L'infirmière oublie d'"écouter" le malade dans ses besoins fondamentaux et il est rare de penser au dialogue (peur de mal se connaître, manque de disponibilité, paresse, manque surtout de formation au niveau des études infirmières).

C'est pour cela qu'il nous a été si utile d'être encadrées pendant un an par un psychiatre.

Les aide-soignantes pour leur part ont pris conscience de leur rôle dans la guérison de certains patients dans la mesure où c'étaient elles qui parlaient le plus avec eux (lors des toilettes par exemple).

Elles pensent que les réunions ont été intéressantes au début, c'est-à-dire lorsque le débat mené sur un sujet particulier avec des répercussions sur soi-même (interrogation de nos réactions, discussions indirectes de nos problèmes).*

Les derniers temps elles se sont désintéressées des réunions qui devenaient pour elles "trop médicales".

Nous parlions trop traitement et pas suffisamment de la vie quotidienne de l'homme malade dans un environnement effrayant et inconnu.

* souligné dans le texte

En conclusion, il semble indispensable de mieux connaître les personnes soignées et pour ce faire nous avons encore besoin d'être aidées par une personne compétente telle que psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique, les études d'infirmière n'étant pas suffisamment complètes à ce sujet.

De ce côté là une petite évolution est à noter : les élèves-infirmières se sentent de plus en plus concernées par le problème et le soulève, par exemple lors des mémoires de fin d'année."

Le Dr. DEAUMONT lors d'une discussion récente au cours de laquelle je lui avais proposé de me donner ses propres impressions sur l'expérience a d'une part mentionné l'intérêt qu'elle lui semblait avoir eue mais d'autre part a précisé que l'effet n'en avait pas été assez durable.

A ce chapitre j'ajouterai moi-même simplement que l'activité régulière de discussion de cas créait pour le psychiatre, à l'intérieur du service où elle se déroulait, une sorte de sécurité de fonctionnement dans le soin à certains patients dont l'état nécessitait manifestement une sérieuse prise en compte institutionnelle ; il serait trop long de vouloir développer ici certains exemples précis et je n'insisterai là que sur l'impression subjective, en fait confirmée dans la réalité, qui s'y rattache.

E - QUELQUES POINTS PARTICULIERS

I - L'ANALYSE CONTRE-TRANSFERENTIELLE - LA COANIMATION

Il est certain que cette analyse est là aussi dans un travail

de groupe de formation tout à fait essentielle; la pratique tout d'abord et des travaux comme ceux d'A. BEJARANO (*"analyse du contre-transfert comme source de créativité"* 28) sont là pour nous en convaincre ; le groupe de discussion de cas pose peut être un problème spécifique en ce que l'attitude contre-transférentielle de l'animateur vis à vis du groupe ou de certains participants a bien des chances de transparaître plus facilement que dans une situation analytique classique (individuelle ou de groupe) à travers les interventions qu'il peut faire à propos du cas (cf. précédemment).

Il se pose là particulièrement l'élaboration des aspects négatifs et nuisibles de ce contre-transfert pour l'évolution du groupe.

Outre l'apport de la formation individuelle GENEVARD propose que cette analyse soit facilitée soit par la fréquentation régulière d'un séminaire de contrôle de groupes analytiques, soit grâce à la coanimation, l'une et l'autre solution ne s'excluant pas.

Bien qu'en indiquant en 1963 (88) la possibilité, cet auteur émet toutefois en 1969 (89) des réserves quant à l'utilisation de la coanimation dans l'exemple particulier de discussion de cas : *"Selon l'expérience réalisée avec le Dr. JORDI, lorsqu'on constitue un groupe avec deux thérapeutes on provoque un Surmoi assez lourd qui conduit les membres du groupe à une attitude passive et réservée, moins caractérisée quand le groupe est conduit par un seul thérapeute. Il n'est pas certain que la cothérapie favorise plus particulièrement la triangulation."*

Les travaux de J. GUYOTAT, J. HOCHMANN, J. PELLET, M. MARIE-CARDINE (101), J. GUYOTAT et J. BERGERET (39), A. BEETSCHEN et M. BERGER (35, 36, 37) en marquent par contre l'intérêt non seulement dans le but assigné plus haut mais aussi comme possibilité de formation à moindre risque pour l'animateur le moins expérimenté.

Il me semblerait en particulier pas sans intérêt pour un groupe de discussion de cas intrahospitalier d'associer dans la coanimation un animateur impliqué dans le service, comme dans le témoignage clinique rapporté ci-dessus, et un animateur ou une animatrice étranger(e) à celui-ci et dans une situation d'"abstinence" par rapport à ce service.

Cette technique de coanimation ne doit toutefois pas aller sans analyse, cette fois inter-transférentielle, comme le montre bien GENEVARD et JORDI (91) ; le texte de S. DECOBERT et M. SOULE (59) est lui aussi éclairant à ce sujet.

Les travaux du C.E.F.F.R.A.P. et en particulier ceux de R. KAES (121) insiste particulièrement sur la nécessité et l'apport d'une analyse inter-transférentielle au sein des équipes de moniteurs chargées de cycles de formation tels qu'ils sont conçus dans cet organisme ; rappelons brièvement l'énoncé des propositions qui sous-tendent cette thèse et qui représentent pour R. KAES le fondement d'une instrumentalisation du travail psychanalytique de groupe :

- *"Seule une pluralité d'analystes organisés en équipe peut analyser et interpréter une pluralité groupale."*
- *"La structure groupale du psychisme peut requérir à des fins thérapeutiques généralement, une pluralité d'analystes"*

Au niveau du groupe diagnostique le C.E.F.F.R.A.P. préconise non pas l'association de deux moniteurs mais celle d'un moniteur et d'un observateur (cf. H. SAGLIA, 167).

Il est certain que si l'on pouvait préciser les conditions d'un véritable travail analytique pour le groupe de discussion de cas intrahospitalier la présence et surtout la fonction d'un observateur pourraient être utiles : ce serait donc toutefois à la seule condition

que le moniteur dans une fonction interprétante puisse aider le groupe à élaborer et à se dégager de la projection intense des *"craintes et pulsions destructrices, sous jacentes aux idées infantiles omnipotentes"* (167) dont sa présence muette favoriserait l'apparition.

"Favoriserait" seulement car le rôle d'observateur est parfois pris par l'animateur (dans l'intérêt du travail du groupe) mais aussi projeté sur lui par les participants : on a pu voir que ces projections ne manquaient de toutes façons pas d'apparaître.

Toutefois contrairement par exemple au cas d'un groupe formé de participants psychistes avec lesquels à priori, de par leur profession, il serait peut-être plus facile de conclure un accord sur un certain type de formation centré à la fois sur le cas et sur le groupe, l'introduction d'un observateur ne peut probablement pas se concevoir d'emblée à l'hôpital général, c'est à dire sans un minimum de sensibilisation psychologique (sous peine d'avoir à mener l'expérience avec un nombre très réduit de participants) ; la coanimation serait dans un premier temps certainement mieux vécue.

Peut-être d'ailleurs est-il préférable de réserver au moins pour l'instant (c'est-à-dire dans l'état actuel des recherches) le groupe de formation *"interprétatif"* pour des sessions extrahospitalières; ceci toutefois demanderait à être discuté et il me semble que les exemples cliniques rapportés dans ce texte montrent la nécessité d'une telle discussion : le travail de symbolisation nécessaire aux dégagements successifs vis à vis d'une vie fantasmatique parfois favorisant mais aussi paralysante pour la tâche du groupe peut-il toujours se faire en se réenclenchant spontanément par une crise intérieure et à quel prix ?

II - LA DUREE DU GROUPE

où l'idée directive était que "l'animateur, tout comme les participants, vont ainsi investir le groupe de façon très différente selon la durée de l'expérience. Ainsi le caractère, le style et l'évolution du groupe va dépendre de la manière dont on aura précisé au préalable ce facteur." (170). J. KESTEMBERG et S. DECOBERT (126) dans un travail sur les groupes thérapeutiques signalent :

"La fixation du terme en commun a finalement une valeur anti-régressivante..."

Dans notre expérience, la limitation du temps s'est révélée présenter une valeur structurante et aider au dépassement de l'angoisse ou des mécanismes de défense pathologiques... la limitation du temps est non seulement un élément sécurisant (parce qu'elle réduit les rivalités de fratrie) mais là encore elle introduit deux éléments particulièrement favorables à l'évolution de la dynamique des groupes thérapeutiques qui sont :

- la réduction des bénéfices secondaires .

- la valorisation identificatoire."

Un groupe de formation obéit peut être aux mêmes règles et il ne serait pas utile d'utiliser les fonctions de la fixation d'un terme au moins pour une première expérience dans un service donné.

R. DIATKINE cité par C. DURAND et C. CHERPILLOD (66) propose la fixation d'un délai d'une année au départ, période suivie de nouvelles réunions plus espacées avec les participants.

Il est possible d'une manière générale d'envisager des périodes déterminées de formation, éventuellement renouvelées sous forme de contrat dont les modalités pourraient être l'objet de certaines modifications opératoires en fonction de l'évolution du groupe ; il faut toutefois remarquer que l'on est tributaire, dans le cas particulier de

de l'hôpital général, du remaniement fréquent des effectifs et, même limité dans le temps, il semble que le groupe doive rester ouvert.

Les différents témoignages cités plus haut montrent que le groupe de discussion de cas dans ce cadre et dans les cas favorables fait progressivement et bien que partiellement aussi fonction de réunion d'équipe (dans le sens de *P. BALVET*). Pour la fonction de soin psychologique institutionnel (*RACAMIER*) il en devient un des termes indispensables en tant que lieu de formation, de réflexion et d'une manière générale d'échange.

L'autre terme est représenté par l'ensemble des échanges hors séance avec les différents membres de l'équipe hospitalière à propos des cas qui ont fait spécifiquement l'objet d'une demande de consultation, échanges en général plus pragmatiques et tournés, au moins dans un second temps, vers les modalités pratiques de la prise en soin.

Dans ce cadre et dans ce sens le groupe de discussion de cas ne devrait être interrompu qu'en cas de crise non surmontée ; cette vue apparaît, par certains côtés et pour des raisons déjà évoquées, bien idéalisée.

III - LA PRESENCE EVENTUELLE DU CHEF DE SERVICE ET DE LA SURVEILLANTE

Le problème a déjà été évoqué à travers les citations des auteurs du centre *A. BINET* et celles de *J. GUYOTAT*, *J. HOCHMANN*, *J. PELLET* et *MARIE-CARDINE*.

La plupart des auteurs considèrent actuellement qu'il est préférable que les groupes aient une certaine homogénéité au niveau du statut hiérarchique des participants et tout particulièrement quand ils travaillent ensemble; autrement dit tous, pratiquement, s'

ccordent pour déconseiller fortement dans le cas de groupes institutionnels formés de membres de l'équipe soignante la présence du chef de service qui malgré tous ses désirs de coopération sera inéluctablement le support de projections "*paralysantes*", de par son rôle institutionnel lui-même.

Les auteurs ne se sont pas exprimés sur le problème de la présence ou non de la surveillante ; le problème est difficile et les réponses doivent certainement être nuancées en fonction des cas particuliers ; il me semble toutefois qu'il serait préférable là encore que la surveillante ne fasse pas partie du groupe et pour les mêmes raisons ; en effet le statut professionnel de la surveillante lui confère aussi certains pouvoirs dans la réalité qui ne peuvent que renforcer les phénomènes déjà évoqués pour le chef de service.

Ce faisant on s'expose bien sûr, aux problèmes projectifs persécutoires toujours difficilement prévisibles.

IV - LE GROUPE DE DISCUSSION DE CAS EN ASSOCIATIONS

Quelques mots pour rappeler que des associations possibles à d'autres techniques ont déjà été évoquées dans le premier chapitre de ce texte, certainement utiles dans le cadre de la formation des soignants à l'hôpital général.

De nombreuses expériences ont été réalisées avec des élèves-infirmières et des étudiants en médecine au moyen du "*jeu de rôle*", en particulier par E. de PERROT (60), E. de PERROT et P. B. SCHNEIDER (173, 174) et par des membres de l'équipe de BRUXELLES (Pr. SIVADON, cf. 61).

E. KESTEMBERG (124) parle de la méthodes en ces mots : "*Dans le jeu de rôle, plutôt que de comprendre les difficultés personnelles,*

on cherche le moyen de dépasser les difficultés interpersonnelles qui s' y expriment. Il s'agit essentiellement de permettre à celui qui vise à pénétrer les ressorts de son métier de déployer ses qualités d'empathie vis-à-vis des autres, et en particulier ses possibilités de s'identifier à eux. Dans les professions qui touchent plus ou moins directement au domaine de l'hygiène mentale et de la psychiatrie ce jeu d'identifications et de contre-identifications est particulièrement vivant lorsque les scènes professionnelles évoquées permettent le renversement des rôles : il s'agit de se mettre à la place des parents de l'enfant du client...

Il va sans dire que chaque représentation de rôle peut être assortie d'une discussion qui fait appel aux ressources du groupe dont divers membres peuvent être même invités à reprendre un des rôles mis en action."

La méthode est probablement utilisable dans le cadre de la formation à l'intérieur des services, en particulier en association avec le groupe de discussion de cas ; le problème principal est peut être celui de sa dimension plus franchement ludique en ce que cet aspect est à même d'intensifier le sentiment de culpabilité que ne manquent pas de vivre les participants, en particulier par rapport aux non-participants (cf. plus haut) quand la formation se fait à l'intérieur du temps de travail.

Par contre une reconnaissance institutionnalisée (dans ses différentes formes : "formation permanente"...) de l'importance de cette formation léverait au moins partiellement la difficulté.

V. - LA CRITIQUE DU "BALINT"

La critique principale qui a pu être faite à M. BALINT rési-

de dans l'intention qu'il a exprimée de former par ses méthodes des médecins à "la psychothérapie" cherchant par là à leur faire faire l'économie d'une analyse personnelle jugée trop longue et trop coûteuse.

Les auteurs du centre A.BINET écrivent à ce propos :

"C'est à ce niveau que nos expériences nous paraissent diverger des enseignements qui pourraient se dégager d'une certaine lecture des ouvrages de M. BALINT. Nous ne pouvons penser que la formation psychothérapique des médecins consiste à leur apprendre à donner des interprétations, ni à faire des rapprochements élémentaires entre les plaintes du malade et certains événements "traumatisants de sa vie passée". Cette réserve est fondée sur au moins trois ordres de facteurs :

- 1°/ - Ce que nous savons en général de l'interprétation montre la grande complexité de ses effets et nous incite à les manier avec autant de prudence que l'impose et la surdétermination de ses effets et sa valeur thérapeutique dans un contexte transférentiel précis.*
- 2°/ - La structure de beaucoup de malades est une contrindication formelle à cette pratique.*
- 3°/ - La position de médecin agissant ne lui permet pas d'avoir la liberté d'esprit propre à formuler correctement de telles interventions."*

M. SAPIR (166) s'élève, lui, contre cette critique.

Ce n'est pas le lieu ici de la discuter ; notons simplement que c'est une question tout à fait importante.

Ce que l'on peut dire c'est qu'il semble que le groupe de discussion de cas avec les soignants de l'équipe hospitalière se place toujours dans un champs résolument hors de celui de la formation à la psychothérapie ; au maximum pourrait-on parler de l'acquisition comme le dit J. L. GRABER (93) *"d'attitudes, de conduites, d'actes à valeur psychothérapique"* en rappelant dans les mots mêmes de M. et E. BALINT (19) que *"notre but principal... était d'éveiller en eux le sens et la compréhension des facteurs psychologiques et émotionnels qui agissent, au cours des maladies de leurs patients."*

Et de fait à aucun moment de la vie de ces groupes n'a été exprimée par les participants l'idée même d'utiliser l'interprétation avec leurs patients.

Par contre il était manifeste que leur capacité d'écoute s'affinait avec le temps ; j'ai d'ailleurs toujours été frappé de constater à quel point cette écoute se vivait dans le respect de l'autre : les termes de leurs témoignages en disent plus là-dessus que bien des développements.

-----0000000-----

Au terme de ce texte, j'aimerais dire tout l'intérêt que j'ai trouvé dans la collaboration avec les équipes de l'hôpital général et tout particulièrement à travers cette activité de groupe de discussion de cas qui m'a simplement passionné.

Il me semble, par ailleurs, important de rappeler ces lignes de J. M. ALBY, M. SAPIR, N. ALBY S. LEON-COHEN (2) : *"La question du changement se pose aussi bien chez le participant à de tels groupes que chez le leader. Au long du travail d'élaboration et de matu-*

ration qui se fait au travers du cas le groupe soutient le leader et l'apprentissage est aussi bien celui du leader que celui du groupe dans une finalité commune..."

Une constatation s'impose après ces deux années d'expérience : à l'hôpital général, heureusement, le fantasme, l'affect et l'altérité ont encore une place, tout n'est pas rentré dans l'ordre.

-----0000000-----

En tant que lieu possible sinon privilégié d'une élaboration et d'un dégagement, le groupe de discussion de cas prend habituellement naissance à l'hôpital général dans le contexte d'une "crise".

Celle-ci en dehors de circonstances spécifiques qui vont en favoriser l'apparition peut s'analyser à travers les aléas d'un double mouvement identificatoire (cf. VALABREGA) présent à des degrés divers chez tous les membres d'une équipe hospitalière : identification à un pôle soignant et identification à un pôle soigné.

Elle s'inscrit d'une manière générale comme levée brutale ou latente d'un refoulé institutionnel (A. BEETSCHEN) agissant comme désorganisatrice d'une institution qui en tant que telle possède ses "organismes" propres (cf. D. ANZIEU).

L'histoire du groupe de discussion de cas semble marquée par la rencontre nodale entre les recherches et la pratique de M. BALINT d'un côté, qui en fut, dans le domaine de la formation psychologique, l'instaurateur, de W. R. BION de l'autre en tant que représentant alors la recherche analytique sur le petit groupe. Les différents séminaires internationaux tenus à LAUSANNE avaient mis l'accent sur l'importance du rôle de l'animateur quant à l'étude des modalités techniques propres à une méthode de "sensibilisation" dont J. GUYOTAT souligne le caractère central ; celles-ci apparaissent en effet osciller entre un pôle informatif et un pôle plus spécifiquement formatif en fonction des différents paramètres.

Il a semblé important à cet égard d'évoquer la place de l'interprétation des éléments transférentiels de l'"ici et maintenant" à travers la présentation de différents "modèles théoriques" proposés par des auteurs praticiens d'expérience reconnue ; cette question se conçoit avant tout dans le registre d'un maintien de la fonctionnalité du groupe mais elle peut déboucher pour certains sur le problè-

me de la valeur formative de la méthode. Quoiqu'il en soit il s'avère que l'utilisation de ce type d'interprétation ne peut se concevoir qu'en rapport à un système de règles à la fois institué et instituant, ses modalités ayant à être régies par les deux règles dégagées par H. EZRIEL et précisées plus récemment par les auteurs de "*l'Ecole Française d'Analyse de Groupe*" et plus particulièrement du C.E.F.F.-R.A.P.

Dans le groupe de discussion, le cas, médiateur de l'expression à la fois du désir et de la résistance, fonctionne probablement à un certain niveau comme support identificatoire et projectif partiel de la problématique non seulement de tel ou tel membre mais aussi du groupe. Il y aurait alors, peut-être, lieu de penser que c'est à travers ce mécanisme que peut déjà s'originer un changement dans la personnalité même des participants.

La présentation de deux expériences réalisées à l'intérieur de services de médecine d'hôpital général a confirmé d'une part certaines difficultés d'utilisation de la méthode du fait même de la complexité relationnelle inhérente à ce cadre mais d'autre part son intérêt dans le développement de la pratique du "*soin institutionnel*" (cf. RACAMIER) dans sa dimension psychologique ainsi que dans celui d'une pratique de psychologie médicale.

Sa technique propre ne pourra que bénéficier des apports fournis par l'étude psychanalytique des groupes en général et des groupes réels en particulier.

e Doyen de L'U.E.R. - FACULTÉ
Docteur Y. MINAIRE
Maître de Conférences Agrégé,

Minaire

Le Président de la Thèse
Professeur GUYOTAT

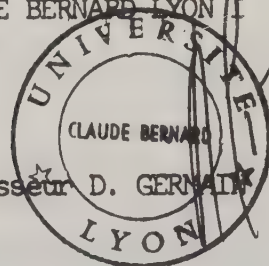
[Signature]

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le 5 FEV. 1980

Le Président de l'Université
CLAUDE BERNARD LYON I

Professeur D. GERMAIN



BIBLIOGRAPHIE



Cet index ne comprend que les ouvrages ou articles directement cités dans le texte ; l'étude dont il rend compte a pu aussi bénéficier d'autres travaux des mêmes auteurs ou d'auteurs différents dont on pourra la plupart du temps trouver référence dans les bibliographies accompagnant ceux précisément désignés.

- (1) ABIVEN M., AMBOISE J.P. L'infirmière hospitalière et son malade :
une expérience d'étude relationnelle.
- Revue de médecine psychosomatique,
1971, 13, 4, p. 443-448.
- (2) ALBY J.M., SAPIR M. Relations de soins : formation continue-
ALBY N., LEON-COHEN S. discontinuée.
- Psychologie médicale, 1978, 10, 2,
p. 271-276.
Rapport présenté au 6ème Congrès Mondial
de Psychiatrie à Honolulu (Hawaï) U.S.A.,
1977.
- (3) ALBY N. Intervention au colloque "Psychiatrie et
psychologie médicale à l'Hôpital Général",
Lyon, Septembre 1974, sur les modalités
d'intervention du psychologue à l'Hôpital
Général.
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4,
p. 725-728.
- (4) ALBY N., ALBY J.M. Intervention psychologique dans un centre
de recherche et de traitement d'hématologie.
- Psychiatrie de l'enfant, 1971, 14, 2,
p. 465-501.
- (5) ANZIEU D. Dynamique de groupe
- in Encyclopaedia Universalis, 1971, 3, 8,
p. 49-52.

-) ANZIEU D. L'illusion groupale.
- Nouvelle revue de psychanalyse, 1971,
4, p. 73-93.
-) ANZIEU D. Rapport au 3ème Séminaire International de
Psychothérapie de groupe, Lausanne 1971,
sur le thème "Dynamique et processus de
groupe" et discussion du rapport in
SCHNEIDER P.B..
- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1972 (voir réf. 171). - p. 19-41 -
-) ANZIEU D. Intervention lors d'une table ronde entre
médecins et psychologues sur la participation
des psychologues cliniciens au fonctionnement
des institutions médicales in SACCO F.,
DURUDAUD J. - Les psychologues à l'hôpital.
- Revue de médecine psychosomatique, 1972,
14, 3, p. 281-287.
-) ANZIEU D. Le moniteur et sa fonction interprétante
in ANZIEU D., BEJARANO A., KAES R.,
MISSENARD A., PONTALIS J.B.
- Le travail psychanalytique dans les groupes,
Dunod, Paris, 1972, p. 141-216.
- 0) ANZIEU D. Le système des règles du groupe de diagnostic :
structure, dynamique interne, fondement.
- Perspectives psychiatriques, 1973, 41,
p. 7-24.
- 1) ANZIEU D. - Le groupe et l'Inconscient, Dunod, Paris,
1975.
- 2) ANZIEU D. Oedipe supposé conquérir le groupe : du désir
de savoir dans l'histoire d'un groupe de
moniteurs in KAES R., ANZIEU D., BEJARANO A.,
SCAGLIA H., GORI R..
- Désir de former et formation du savoir,
Dunod, Paris, 1975, p. 19-45.

- (13) ANZIEU D., MARTIN J.Y. - La dynamique des groupes restreints, P.U.F., Paris, 4ème éd., 1973.
- (14) AUDRAS DE LA BASTIE M. Deuil et filiation à travers une séquence du groupe Balint in GUYOTAT J. et coll.
- Psychothérapies médicales 1 (voir réf. 103), p. 243-246.
- (15) AULAGNIER-SPAIRANI P. Le "désir de savoir" dans ses rapports à la transgression.
- L'Inconscient, 1, p. 109-125.
- (16) BALINT A., BALINT M. On transference and countertransference.
- Internat. Journal of Psychoanalysis, 1939, 20, p. 223-230.
- (17) BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie.
Trad. fr. (P.U.F., Paris 1960), Payot, Paris, 1966.
- (18) BALINT M. Le défaut fondamental.
Trad. fr. Payot, Paris, 1971.
- (19) BALINT M., BALINT E. Techniques psychothérapeutiques en médecine.
Trad. fr. Payot, Paris 1966.
- (20) BARIETY M., COURY C. - Histoire de la médecine.
Fayard, Paris, 1963.
- (21) BATTEGAY R. Intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, dans le cadre d'un débat sur "la répercussion d'un groupe de discussion sur l'institution" in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1968 (voir réf. 170). - p. 213-217 -
- (22) BEETSCHEN A. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital Général,

Lyon - Septembre 1974, avec pour thème : "De la coexistence à l'alliance ; à propos d'une psychose puerpérale soignée en service d'obstétrique.

- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 667-674.

(23) BEETSCHEN A.

Action psychothérapique et milieu hospitalier in GUYOTAT J. et coll.

- Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104), p. 19-45.

(24) BEETSCHEN A.,
ROUSSILLON R., BRETTE F.

Psychothérapies de groupe et psychodrame in GUYOTAT J. et coll.

- Psychothérapies médicales 1 (voir réf. 103), p. 121-141.

(25) BEJARANO A.

Le clivage du transfert dans les groupes. Perspectives psychiatriques, 1971, 33, p. 15-22.

(26) BEJARANO A.

Résistance et transfert dans les groupes in ANZIEU D., BEJARANO A. et coll.

- Le travail psychanalytique dans les groupes, Dunod, Paris, 1972.

(27) BEJARANO A.

Essai d'étude d'un groupe large.

- Bulletin de psychologue, 1974, n° spécial, p. 98-122.

(28) BEJARANO A.

L'analyse du contre-transfert comme source de créativité in KAES R. ANZIEU D. et coll.

- Désir de former et formation du savoir, Dunod, Paris, 1975.

(29) BERGER M.

Possibilités d'aide psychologique aux agonisants in Problèmes psychologiques en rapport avec le cancer, Institut Paoli et Calmettes, Marseille, 1976.

- (30) BERGER M. Réflexions sur l'intervention d'un psychiatre
 en service de réanimation neurologique.
 - Lyon Médical, 1976, 235, 3, p. 197-201.
- (31) BERGER M. L'hôpital comme obstacle ?
 - Bulletin de la Société de Thanatologie,
 1977, 35.
- (32) BERGER M. Possibilités d'aide psychologique aux mou-
 rants in GUYOTAT J. et coll.
 - Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104),
 p. 145-170.
- (33) BERGER M. Formation aux soins aux mourants in
 GUYOTAT J. et coll.
 - Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104),
 p. 171-179.
- (34) BERGER M. Réflexions sur un groupe de discussion de cas
 dans un service de prématurés (à paraître).
- (35) BERGER M. A propos d'un groupe de formation aux
 BEETSCHEN A. mourants in
 - Psychologie et Cancer, Masson, Paris, 1978,
 p. 115-118.
- (36) BERGER M. La médecine, la psychiatrie et la mort.
 BEETSCHEN A. - Confrontations psychiatriques, 1979, 17,
 p. 217-248.
- (37) BERGER M. Soins aux mourants : désirs de mort, défenses
 BEETSCHEN A. contre la dépression et pulsions voyeuristes
 - (en cours de publication).
- (38) BERGER M. Mourir à l'hôpital,
 MORTALA F. - Centurion, Paris, 1974.
- (39) BERGERET J., Rapport au 2ème Séminaire International de
 GUYOTAT J. Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966,

sur le thème "Expériences de groupe de discussion comme moyen de formation" in
SCHNEIDER P.B.

- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1968 (voir réf. 170). - p. 183-199 -

(40) BIODJEKIAN C.

Aspects psychothérapeutiques de l'intervention d'une psychologue dans un service de chirurgie cardiaque et pulmonaire in GUYOTAT J. et Coll.

- Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104),
p. 47-54.

(41) BION W.R.

Recherches sur les petits groupes ;
trad. fr. P.U.F., Paris 1965.

(42) BOFILL P.
FOLCH-MATEU P.

Rapport au 23ème Congrès des psychanalystes de langues Romanes, Barcelone, Juin 1962, avec pour thème "Problèmes cliniques et techniques du contre-transfert" in
- Revue Française de Psychanalyse, 1963, 27, n° spécial, p. 31-129.

(43) BOUCHARLAT D.

La méthode des cas - ses applications en France (Mémoire présenté à l'Institut d'Etudes politiques de l'Université de Paris et préparé sous la direction de M. Fourastié), P.U.F., Paris, 1961.

(44) BOURAS M.

Du travail en commun médecins-analystes.
- Revue de médecine psychosomatique, 1971, 21, 1, p. 71-72.

(45) BOURNE S.
LEROIS E.

Projets d'étude dans un groupe Balint.
- Revue de médecine psychosomatique, 1976, 18, 4, p. 335-340.

- (46) BRAUNSCHWEIG D.,
DIATKINE R.,
KESTEMBERG E., LEBOVICI S. - La psychiatrie de l'enfant, 1968, 11, 1,
p. 171-180.
- (47) CAIN J. Intervention au colloque "Psychiatrie et
Psychologie médicale à l'Hôpital Général",
Lyon, septembre 1974, sur le thème de
l'enseignement et de la formation.
- Psychologie médicale, 1976, 8, 1, p. 37-
39.
- (48) CAREL A. Ni deuil, ni dépression (Réflexions à propos
des parents de l'enfant leucémique).
- Psychologie médicale, 1973, 2, p. 463-472.
- (49) CLAVREUL J. - L'ordre médical. Le seuil, Paris, 1978
- (50) COLLAUDIN M.J. Si l'oeil entend.
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon 1974.
- (51) COLLAUDIN M.J.,
VEDRINNE J. Intervention au colloque "Psychiatrie et
Psychologie médicale à l'Hôpital Général",
Lyon, Septembre 1974, avec pour thème :
"Structure de soins psychiatriques à l'Hôpital
Edouard-Herriot".
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4,
p. 755-763.
- (52) COULET P. Vienne : quatre années de psychiatrie de
secteur à partir de l'hôpital général.
- Actualités Psychiatriques, 1973, 3,
p. 23-26.
- (53) COTTRAUX J. L'imaginaire corporel en chirurgie cardiaque
et pulmonaire ou le théâtre des opérations.
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 647-
660.

- (54) COTTRAUX J.,
DAMATO C. L'hystérique, le médecin et le leader du groupe Balint (Texte présenté au 3ème Congrès International Balint, Paris, Mai 1976).
- Revue de médecine psychosomatique, 1977, 1, 19, p. 65-70.
- (55) COTTRAUX J.,
MARIE-CARDINE M. A la recherche de la subjectivité douloureuse.
- Cahiers Médicaux Lyonnais, 1971, 47, 32, p. 3475-3509.
- (56) COUSSON J.C. Non, Saint Jean-de-Dieu n'a pas simulé la folie !
- Information psychiatrique, 1974, 50, 4, p. 417-420.
- (57) CRAGG C.I. Because wisdom can't be told in Mc NAIR M.P..
- The case method at the Harvard Business School, Mc Graw-Hillbook Compagny, New-York, 1954.
- (58) DACHER M.,
WEINSTEIN M. - Histoire de Louise. Des vieillards en hospice. Seuil, Paris, 1979.
- (59) DECOBERT S.,
SOULE M. La notion de couple thérapeutique.
- Rev. Fr. Psychanalyse, 1964, 28, 3, p. 393-418.
- (60) DE PERROT E. A propos du jeu de rôle : l'identification dans la relation médecin-malade.
- Revue de médecine psychosomatique, 1974, 16, 2, p. 139-154.
- (61) DOWIAKOWSKI M.L.,
JANSSENS J., LISTIK R.,
SOURIS M., VAN DIJCK A. Sensibilisation aux attitudes contre-transférentielles par la technique du jeu de rôle.
- Revue de médecine psychosomatique, 1978, 20, 1, p. 7-22.

- (62) DUBERNARD C. Quatre années dans un service de dialyse et de transplantation rénale in GUYOTAT J. et coll.
- Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104), p. 55-60.
- (63) DUBOR P. A propos d'un groupe de discussion de cas dans le service du Dr Stagnara (Centre des Massues) in GUYOTAT J. et coll.
- Psychiatrie et formation psychologique du médecin, (voir réf. 101) p. 173-177 p. 261-265 du compte-rendu du Congrès).
- (64) DUBOR P. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital Général", Lyon, Septembre 1974, avec pour thème : "Point de vue médical et écoute analytique ; la coupure psychanalyse-médecine."
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 701-706.
- (65) DUBUIS J.,
JALLADE S.,
MARIE-CARDINE M. L'interne dans l'institution. A propos de l'expérience d'un groupe de recherche.
- Information Psychiatrique, 1969, 45, 1, p. 15-45.
- (66) DURAND C.,
CHERPILLOD C. Intervention au 1er Séminaire International de Psychothérapie de Groupe, Lausanne, 1963, sur le thème : "Technique et évolution des groupes de discussion in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1965, (voir réf. 169). - p. 95-110 -
- (67) EZRIEL H. A psycho-analytic approach to group treatment.
- British Journal of Medical Psychology, 1950, 23, p. 59-75.

- (68) EZRIEL H. Le rôle du transfert dans le traitement psychanalytique de groupe, comme thème d'une intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1968 (voir réf. 170) - p. 23-24 -
- (69) FEDIDA P. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital Général", Lyon, Septembre 1974, sur le thème : "Une plainte restée en souffrance".
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 707-712.
- (70) FEDIDA P. Le corps dans la relation psychothérapique et médicale.
- Revue de médecine psychosomatique, 1976, 18, 3, p. 237-260.
- (71) FERRERI M.,
ALBY J.M. Le psychiatre à l'hôpital général. Identité fonction.
- Encycl. med. chir., Paris, Psychiatrie, 10-1975, 37402 H-10.
- (72) FOUCAULT M. Naissance de la clinique
- P.U.F., Paris, 1963.
- (73) FOULKES S-H. Introduction to group-analytic psychotherapy, Heinemann, Londres, 1948.
- (74) FOULKES S-H. Psychotherapie et Analyse de groupe, 1964, trad. fr. Payot, Paris 1970.
- (75) FOULKES S-H. Intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, sur le thème : "De l'interprétation en analyse de groupe" ; trad. fr. in SCHNEIDER P. B.

- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1968 (voir réf. 170). - p. 61-84 -

- (76) FOULKES S-H. Intervention au 3ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1971 ; trad. fr. in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1972 (voir réf. 171).
L'Oedipe et la régression en psychothérapie de groupe - p. 57-71 -
- (77) FOULKES S-H. Group analytic psychotherapy. Method and principles, Gordon and Breach, Londres 1975
- (78) FOULKES S-H. Psychothérapie de groupe (1957), trad. fr.
ANTHONY E.J. Ed. de l'Epi, Paris, 1970.
- (79) FREUD S. Totem et Tabou, 1913, trad. fr. Payot, Paris, 1923.
- (80) FREUD S. Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine, 1920, trad. fr. in
- Nevrose, Psychose et Perversion, P.U.F., Paris, 1973.
- (81) FREUD S. Psychologie collective et analyse du Moi, 1921, trad. fr. in
- Essais de Psychanalyse, Payot, Paris, 1970.
- (82) FREUD S. Malaise dans la civilisation, 1929, trad. fr. P.U.F., Paris, 1971 (à l'origine Denoel et Steele, Paris, 1934).
- (83) FREUD S. BREUER J. Etudes sur l'hystérie, 1895, trad. fr. P.U.F., Paris, 1955.
- (84) FURTOS J. La scène sociale de la mort, Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1974.
- (85) FURTOS J. Mort à imaginer, mort à éviter. Etude sur le deuil dans l'institution médicale et propositions de soins in GUYOTAT J. et coll.
- Psychothérapies médicales 2 (voir réf. 104),

p. 197-213.

- (86) GAUTHIER J.M. Essai d'approches du fonctionnement d'un secteur psychiatrique : le secteur 7 de l'Isère (Vienne-Nord).
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1977.
- (87) GEISSMANN C. et
GEISSMANN P. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital Général", Lyon, Septembre 1974, sur le thème "Le psychiatre à l'Hôpital Général et la coupure psychanalyse-médecine".
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 695-700.
- (88) GENEVARD G. Intervention au 1er Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1963, sur le thème : "Différences et analogies entre ^{les} groupes psychothérapiques et les groupes de discussion" in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1965 (voir réf. 169). - p. 17-27 -
- (89) GENEVARD G. Intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, lors de la discussion du rapport Bergeret et Guyotat in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1968 (voir réf. 170). - p. 200-210 -
- (90) GENEVARD G. Intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, dans le cadre d'un débat sur le thème : "Répercussion du groupe de discussion sur l'institution" in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe, 1968 (voir réf. 170) - p. 213-217.

- (91) GENEVARD G., JORDI P. Intervention au 2ème Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966 sur le thème : "Essai d'évaluation des concepts de statut et de fonction des cothérapeutes en groupe" in SCHNEIDER P.B. - Pratique de la psychothérapie de groupe, 1968, (voir réf. 170). - p. 103-124 -
- (92) GORI R. Essai sur le "savoir préalable" dans les groupes de formation. A corps perdu dans le langage in KAES R., ANZIEU D. et coll. - Désir de former et formation du savoir, Dunod, Paris, 1975, p. 93-130.
- (93) GRABER J.L. Les mots en psychothérapie (introduction au symbolique) in GUYOTAT J. et coll. - Psychothérapies médicales 1, 1978 (voir réf. 103).
- (94) GRESSOT M. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital Général", Lyon, Septembre 1974, avec pour thème : "Point de vue médical et écoute analytique ; la coupure psychanalyse-médecine", - Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 715-718.
- (95) GRUNBERGER B. Le Narcissisme, - Payot, Paris, 1975.
- (96) GUERIN G.,
RAIMBAULT G. La collaboration médecins-psychanalystes. - Revue de médecine psychosomatique, 1979, 21, 1, p. 61-70.
- (97) GUYOTAT J. Ordre narcissique et pratique médicale. - Evolution psychiatrique, 1974, 39, 1, p. 7-22.

- (98) GUYOTAT J. Psychothérapie institutionnelle in
- Psychothérapies médicales 1, 1978 (voir
réf. 103) p. 157-169.
- (99) GUYOTAT J. Sur la formation personnelle à la psy-
chothérapie in
- Psychothérapies médicales 1, 1978 (voir
réf. 103), p. 231-242.
- (100) GUYOTAT J. A propos d'une réunion européenne de leaders
de groupe Balint (Thème n° 2 : la filiation
des cas dans les groupes Balint).
- Revue de médecine psychosomatique, 1979,
21, 2, p. 132-134.
- (101) GUYOTAT J., HOCHMANN J., Psychiatrie et formation psychologique du
PELLET J., médecin.
MARIE-CARDINE M. - Rapport de Psychiatrie présenté au Congrès
de Psychiatrie et de Neurologie de langue
Française, 65ème session, Dijon, Juillet
1967, Masson, Paris, 1967.
- (102) GUYOTAT J., Bisexualité, économie narcissique dans les
AUDRAS DE LA BASTIE M. situations de détresse somatique.
- Revue Française de Psychanalyse, 1975,
39, 5-6, p. 1103-1105.
- (103) GUYOTAT J. et coll. Psychothérapies médicales 1. Aspects thé-
oriques, techniques et de formation,
- Masson, Paris, 1978.
- (104) GUYOTAT J. et coll. Psychothérapies médicales 2. Situations de
pratique médicale.
- Masson, Paris, 1978.
- (105) HOCHMANN J. Pour une psychiatrie communautaire,
- Le Seuil, Paris, 1971.

- (106) HOCHMANN J. Une émotion contenue ; réflexions sur le soin psychiatrique.
- Bulletin de liaison du C.E.S. de psychiatrie de Lyon, 1978, 10.
- (107) ISRAEL L. Le médecin face au malade.
- C. Dessart, Bruxelles, 1968.
- (108) ISRAEL L. La maladie iatrogène.
- Encycl. méd. chir., Paris, Psychiatrie, 11-1974, 37402 A-10.
- (109) ISRAEL L. La maladie iatrogène.
DIGELMANN D.,
DREYFUSS J.P., MESSE R. 1970, 4, p. 347-362.
RITTER M.,
SCHAETZEL J.C.
- (110) JAKUBOWICZ A. De la symbiose au parasitisme et ses conséquences sur l'avenir et l'identité du malade mental à l'Hôpital Général.
-(Non publié).
- (111) JAQUES E. Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution ; trad. fr. in LEVY A.
- Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains, Dunod, Paris, 1965.
- (112) JAQUES E. Mort et crise du milieu de vie, in ANZIEU D.,
MATHIEU M., BESDINE M., JAQUES E.,
GUILLAUMIN J.
- Psychanalyse du génie créateur, Dunod, Paris, 1974, p. 238-260.
- (113) JEANSON F. Action culturelle dans la cité.
- Seuil, Paris, 1973.

- (114) JEANSON F. Eloge de la psychiatrie,
- Seuil, Paris, 1979
- (115) JORDI P. Intervention au 1er Séminaire International
de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1963,
en tant que rapporteur du rapport Genevard
in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1965 (voir réf. 169). - p. 28-39 -
- (116) KAES R. Les séminaires "analytiques" de formation :
Une situation sociale - limite de l'institu-
tion in ANZIEU D., BEJARANO A. et coll.
- Le travail psychanalytique dans les groupes,
Dunod, Paris, 1972.
- (117) KAES R. Aspects de la régression dans les groupes
de formation ; réadolescence, perte de
l'objet et travail du deuil.
- Perspectives psychiatriques, 1973, 41,
p. 43-65.
- (118) KAES R. Quatre études sur la fantasmagorie de la
formation et le désir de former in KAES R.,
ANZIEU D., THOMAS L.V., LE GUERINEL N.
- Fantôme et Formation, Dunod, Paris, 1973.
- (119) KAES R. Le groupe large, l'espace et le corps.
- Bulletin de psychologie, 1974, n° spécial,
p. 123-132.
- (120) KAES R. Désir de toute puissance, culpabilité et
épreuves dans la formation in KAES R.,
ANZIEU D. et coll.
- Désir de former et formation du savoir,
Dunod, Paris, 1975, p. 1-18.

- (121) KAES R. L'analyse inter-transférentielle in KAES R. ANZIEU D. et coll.
- Désir de former et formation du savoir,
Dunod, Paris, 1975, p. 131-165.
- (122) KAES R. L'appareil psychique groupal.
- Dunod, Paris, 1976.
- (123) KAES R. Trois repères théoriques pour le travail
psychanalytique groupal : l'étayage multiple,
l'appareil psychique groupal, la transi-
tionalité.
- Perspectives psychiatriques, 1979, 2, 71,
p. 145-159.
- (124) KESTEMBERG E. Intervention au 3ème Séminaire International
de psychothérapie de groupe, Lausanne, 1971,
sur le thème : "A propos des techniques de
formation en groupe" in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1972 (voir réf. 171) - p. 93-109 -
- (125) KESTEMBERG E. et J. Contribution à la perspective génétique en
psychanalyse.
- Revue Française de Psychanalyse, 1966, 30,
5-6, p. 569-774.
- (126) KESTEMBERG J.,
DECOBERT S. Approche psychanalytique pour la compréhension
de la dynamique des groupes thérapeutiques.
- Revue Française de Psychanalyse, 1964,
28, 3, p. 393-418.
- (127) KLEIN M. Développements de la psychanalyse,
trad. fr. P.U.F., Paris, 1966.
- (128) KLEIN M. Essais de psychanalyse.
- Payot, Paris, 1967.

- (129) KUBLER-ROSS E. Les derniers instants de la vie.
- Ed. Labor et Fides, Paris 1975.
- (130) LACAN J. Intervention à la table ronde "Psychanalyse et Médecine".
- Cahiers du Collège de Médecine, 1966, 12.
- (131) LAPASSADE G. Groupes, organisations, institutions,
- Gauthier-Villard, Paris, 1967.
- (132) LAPASSADE G. Analyse institutionnelle et socio-analyse.
Connection n° 6. Propositions sur l'analyse institutionnelle.
- Ed. de l'Epi, Paris, 1973.
- (133) LAPASSADE G. L'analyste et l'analysé.
- Gauthier-Villard, Paris, 1974.
- (134) LAPLANCHE J.,
PONTALIS J.B. Vocabulaire de la psychanalyse (sous la direction de D. Lagache),
- P.U.F., Paris, 1967.
- (135) LEBOVICI S. Intervention au colloque "Psychiatrie et Psychologie médicale", Lyon Septembre 1974, sur le thème : "Point de vue médical et écoute analytique ; la coupure psychanalyse-médecine".
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 675-677.
- (136) LEGOUES G. Le groupe Balint ou l'avatar d'une résistance
- Perspectives psychiatriques, 1978, 3, 67, p. 270-281.
- (137) LEON-COHEN S.
SAPIR M. La formation intensive discontinue.
- Revue de médecine psychosomatique, 1979, 21, 2, p. 161-170.

- (138) LEPOUTRE R. Ce que demandent les médecins aux psychanalystes et les psychanalystes aux médecins (Table ronde durant le séminaire centré sur "L'enfant malade et ses systèmes relationnels", le 24 Juin 1978 à l'Hôpital des Enfants-Malades, à Paris).
- Revue de médecine psychosomatique, 1979, 21, 1, p. 95-110.
- (139) LOEB J.P. Le malade, le cancer et ses médecins.
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1977.
- (140) LOURAU R. L'analyse institutionnelle.
- Ed. de Minuit, Paris, 1970.
- (141) MANTEL M.F. L'équipe soignante face au malade alcoolique.
- Mémoire pour l'école d'infirmières (soins généraux) de Vienne, promotion 1979-1980.
- (142) MARITAN C. Vivre sa mort de tous les jours.
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1972.
- (143) MARSOT J.C. Naissance et fonctionnement du secteur 6 de l'Isère (Vienne-Sud).
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1976.
- (144) MATHIEU M. Réflexions sur le couple à propos de deux séminaires de formation au conseil conjugal.
- L'Hygiène Mentale, 1969, 2, p. 51-60.
- (145) MATHIEU M. La formation de l'élève assistante sociale par les groupes de discussion de cas.
- L'Hygiène Mentale, supplément de l'Encéphale, 1971, 1, p. 1-11.
- (146) MATHIEU M. Contribution à l'étude du transfert dans les groupes de formation.
- Perspectives psychiatriques, 1973, 41, p. 67-75.

- (147) MATHIEU M.,
MISSENARD A.
GELLY R. Réflexions sur une expérience de formation
psychologique d'un groupe de jeunes médecins.
- Compte-rendu du Congrès de Psychiatrie et
de Neurologie de langue Française, 65^{ème}
session, Dijon, Juillet 1967, Masson, Paris
1968, p. 378-384.
- (148) MELTZER D. Le processus psychanalytique.
- Payot, Paris, 1971.
- (149) MENDEL G. et coll. Sociopsychanalyse, tomes 1, 2, 3, 4, 5, 6,
- Payot, Paris, 1972 et suiv.
- (150) MERTENS DE WILMARS C. Intervention au 3^{ème} Séminaire International
de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1971,
sur le thème : "Modèles d'identification
et adéquation des rôles" in SCHNEIDER P.B.
- Pratique de la psychothérapie de groupe,
1972 (voir réf. 171).
- (151) METIVIER M.F. Vivre la réanimation.
- Mémoire pour l'Ecole de Cadres (Rhône-Alpes),
promotion 1978-1979.
- (152) MISSENARD A. Modèles du médecin. Problèmes d'identification
et formation psychologique.
- Revue de médecine psychosomatique, 1970,
12, 1, p. 1-7.
- (153) MISSENARD A. Identification et processus groupal in
ANZIEU D., BEJARANO A. et coll.
- Le travail psychanalytique dans les groupes,
Dunod, Paris, 1972, p. 217-241.
- (154) MISSENARD A.,
GELLY R. Le processus d'identification au cours des
études médicales (Rapport au 11^{ème} Colloque de
Psychologie Médicale, Barcelone, 1969).
- Psychologie médicale, 1969, 2, 1.

- (155) MONOD M.
MONTGRAIN N.H. Une expérience de groupe auprès d'élèves infirmières et élèves assistantes sociales.
- Revue de médecine psychosomatique, 1966, 8, 1, p. 57-64.
- (156) MOUNIER B. Expérience de "Psychothérapie de groupe" avec des adolescents dits "débiles" en structure d'internat.
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1978.
- (157) NETTER M. La réalité et l'interprétation dans les groupes de formation.
- Evolution Psychiatrique, 1976, 12, 2, p. 349-363.
- (158) PONTALIS J.B. Des techniques de groupe : de l'idéologie aux phénomènes (1959) in
- Après Freud, Gallimard, Paris, 1968.
- (159) PONTALIS J.B. Le petit groupe comme objet (1963) in
- Après Freud, Gallimard, Paris, 1968.
- (160) RACAMIER P.C. avec DIATKINE R. , LEOVICI S., PAUMELLE P. et avec la collaboration de BEQUART P., CARRETIER L., FERRARESI-TACCANI S., ...
MASSON D. Le psychanalyste sans divan.
- Payot, Paris, 1970.
- (161) RAIMBAULT G. Médecin d'enfants (onze pédiatres, une psychanalyste).
- Seuil, Paris, 1973.
- (162) RAIMBAULT G. L'enfant et la mort.
- Privat, Toulouse, 1975.
- (163) RAIMBAULT E. La relation thérapeutique en carcinologie : une observation.
- Revue de médecine psychosomatique, 1969, 11, 4, p. 473-492.

- (164) RAIMBAULT E. La délivrance
- Mercure de France, Paris, 1976.
- (165) ROLLAND J.C. Pulsions sexuelles ; pulsions de mort.
- Communication présentée à BANDOR le 13.5.79 pendant la Réunion du G.E.P.S. (à paraître).
- (166) SAPIR M. La formation psychologique du médecin (à partir de Michael Balint).
- Payot, Paris, 1972.
- (167) SCAGLIA M. La position fantasmatique de l'observateur d'un groupe, in KAES R., ANZIEU D., et coll.
- Désir de former et formation du savoir, Dunod, Paris, 1975, p. 63-92.
- (168) SCHNEIDER P.B. Psychologie médicale.
- Payot, Paris, 1969.
- (169) SCHNEIDER P.B. Pratique de la psychothérapie de groupe.
- Compte rendu du premier Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1963, Coédition P.U.F., Paris et Giunti, Florence, 1965.
- (170) SCHNEIDER P.B. Pratique de la psychothérapie de groupe II - Les Techniques.
- Compte rendu du second Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1966, Coédition P.U.F., Paris et Giunti, Florence, 1968.
- (171) SCHNEIDER P.B. Pratique de la psychothérapie de groupe. Problèmes actuels de la psychothérapie de groupe analytique et de groupe de discussion.
- Compte rendu du troisième Séminaire International de Psychothérapie de groupe, Lausanne, 1971, Coédition P.U.F., Paris et Giunti, Florence, 1972.

- (172) SCHNEIDER P.B. Discours d'ouverture, introduction générale au Colloque "Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général", Lyon, Septembre 1974.
- Psychologie médicale, 1975, 7, 4, p. 637-644.
- (173) SCHNEIDER P.B.,
DE PERROT E. Le jeu de rôle comme instrument d'enseignement à l'étudiant en médecine de la relation médecin-malade.
- Revue de médecine psychosomatique, 1970, 12, 4, p. 379-389.
- (174) SCHNEIDER P.B.,
DE PERROT E. Considération sur l'utilisation du jeu de rôle comme moyen d'enseignement de la relation médecin-malade.
- Revue de médecine psychosomatique, 1971, 13, 2, p. 187-199.
- (175) SCOHY D. De l'introduction de la psychiatrie dans les hôpitaux de seconde catégorie.
- Thèse Université Cl. Bernard, Lyon, 1976.
- (176) SEGAL H. Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein, trad. fr. P.U.F., Paris, 1969.
- (177) SLAVSON S.R. Psychothérapie analytique de groupe (1950), trad. fr. P.U.F., Paris, 1953.
- (178) SLAVSON S.R. Child centered group guidance of Parents, International Universities Press, New-York, 1958.
- (179) SLAVSON S.R. When is a therapy group not a therapy group.
- Int. J. of Group Psychotherapy, 1960, 10, p. 3-21.
- (180) SLAVSON S.R. Steps in Sensitizing Parents (couples) in Group Toward Schizophrenic Children,

- Int. J. of Group Psychotherapy, 1963, 13,
p. 176-186.

- (181) SULTANI B. A propos de consultations sur un dispensaire de secteur.
- Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie, Lyon, 1980 (soutenu prochainement).
- (182) TESTEMALE-MONOD G. La Société Française de Psychothérapie de groupe.
- Perspectives psychiatriques, 1979, 2, 71, p. 97-101.
- (183) VALABREGA J.P. La relation thérapeutique.
- Flammarion, Paris, 1962.
- (184) WINKELMANN F. Intervention au 3ème Congrès International : "Le Training Balint et la Formation Psychologique en Médecine", Paris, Mai 1976, sur le thème : "The technique of the Third Object ; on the distinction between Balint Group and Psychanalytic Group Therapy".
- (185) WINNICOTT D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse.
- Payot, Paris, 1969.
- (186) WUILLEMIER F. Pratique de la psychologie médicale dans un Hôpital Général.
- Médecine et Hygiène, 1975, 33, p. 1194-1197.
- (187) WUILLEMIER F. Quelques expériences de psychologie médicale face aux cancéreux, in
- Problèmes psychologiques en rapport avec le cancer", Institut Paoli et Calmettes, Marseille, 1976, p. 88-94.
- (188) WUILLEMIER F. Approche multidisciplinaire du malade à l'Hôpital Général.
- Revue de médecine psychosomatique, 1977, 19, 2, p. 197-203.

- (189) WUILLEMIER F., OUVIECZKA J., VAN VYNE S., KREMER P., RAAFLAUB B.
ROSSET N.

Le groupe mixte à l'Hôpital Général.

- Journal International des groupes Balint,
1974, 4-5-6, p. 164-174.

- (190) ZALOSZYC A.

La cause alitée : positions pour une médecine
(psychosomatique) non-cartésienne.

- Revue de médecine psychosomatique, 1976,
18, 4, p. 371-377.

